

BIBLIOTECA ESCOGIDA

DE

MEDICINA Y CIRUJIA.

Director........ D. MATIAS NIETO SERRANO.

Redactores.....
- D. GABRIEL USERA.
- D. FRANCISCO MENDEZ ALVARO.
- D. SERAPIO ESCOLAR Y MORALES.
- D. FRANCISCO ALONSO.
- D. ANTONIO CODORNIU.
- D. ELIAS POLIN.

TRATADO COMPLETO

DE

PATOLOGIA Y TERAPÉUTICA

GENERAL Y ESPECIAL,

QUE CONTIENE

1.º UNA PATOLOGIA Y TERAPEUTICA GENERAL.
2.º UNA PATOLOGIA ESTERNA.
3.º UNA PATOLOGIA INTERNA.
4.º UN DICCIONARIO DE TERAPEUTICA.

PUBLICADO

POR LOS REDACTORES DE LA BIBLIOTECA ESCOJIDA DE MEDICINA Y CIRUJIA, SIRVIENDOLES DE BASE LAS OBRAS DE ANDRAL, BERARD, BOISSEAU, BOYER, CHELIUS, CHOMEL, DUBOIS, J. Y P. FRANK, MONNERET, FLEURY, PINEL, ROSTAN, SZERLEKI, VELPEAU, VIDAL DE CASIS, ETC.



MADRID:

IMPRENTA DE LA VIUDA DE JORDAN E HIJOS,
1848.

TRATADO COMPLETO

DE

PATOLOGIA INTERNA,

SACADO DE LAS OBRAS

DE MONNERET Y FLEURY, ANDRAL, J. P. FRANK, JOSÉ FRANK, PINEL, CHOMEL, BOISSEAU, BOILLAUD, GENDRIN, HUFELAND, ROCHE Y SANSON, VALLEIX, REQUIN, PIORRY, Y OTROS MUCHOS AUTORES;

COMO TAMBIEN

DE LOS PRINCIPALES DICCIONARIOS DE MEDICINA

Y DE LAS COLECCIONES PERIÓDICAS.

Por los Redactores de la Biblioteca de Medicina.

TOMO VII.

LIBRERIAS DE VIANA Y JORDAN, CALLE DE CARRETAS: BARCELONA, PIFERRER:
CADIZ, HORTAL Y COMPAÑIA.

TRATADO COMPLETO

DE

PATOLOGIA INTERNA.

SEGUNDA PARTE.

DE LAS ENFERMEDADES EN PARTICULAR.

ORDEN CUARTO.

Enfermedades del sistema nervioso.

GÉNERO CUARTO.

ENFERMEDADES DE LOS CORDONES NERVIOSOS.

CAPITULO IV.

De las neuralgias en general.

«Derívase la palabra neuralgia de *νευρον* nervio, y de *αλγος* dolor.

»Definicion. — Queriendo algunos autores atenerse al sentido etimológico riguroso, solo ven en la neuralgia un *dolor* que tiene su primera causa en una lesion de cualquier punto de los ramos nerviosos, sea la que quiera la naturaleza de esta causa. Martinet es de este parecer, y en su obra, que se ha citado muchas veces, establece los tres géneros siguientes de neuralgia: 1.° neuralgia sin alteracion del tejido nervioso; 2.° por inflamacion del nervio; y 3.° por alteracion del tejido de este (*Essai sur les neuralgies*, etc.; tés. de París, 1818, núm. 70, p. 9). Colocándose bajo este punto de vista, es evidente que el estudio de las neuralgias no es otra cosa mas que la semeiologia del dolor en las *enfermedades de los nervios*. Pero no es este el sentido médico que se da generalmente á la palabra neuralgia; pues en la actualidad representa, no un síntoma comun á muchas alteraciones de los nervios, sino una individualidad morbosa; bajo cuyo aspecto solo se aplica al primero de los tres géneros de Martinet, es decir, al dolor que ocupa un punto cualquiera del nervio *sin alteracion de su tejido*.

»No obstante, preséntase aqui una cuestion prévia que ventilar: ¿existe la neuralgia tal como la acabamos de definir? «Las enfermedades conocidas por los médicos modernos con el nombre de *neuralgias*, dice Van de Keeze, solo consisten en la inflamacion del neurilema» (*Recherches anatomiques et observations sur les neuralgies*, en *Journal universel des sciences médicales*, 1822, t. XXV, p. 64). No creemos que sea necesario todavía discutir esta asercion. Efectivamente, en una época en que las enfermedades del sistema nervioso eran poco conocidas y mal estudiadas, en que los conocimientos anatómico-patológicos eran incompletos é insuficientes, y la observacion defectuosa, se ha podido dar el nombre de neuralgias á las afecciones caracterizadas anatómicamente por «colecciones de serosidad infiltrada entre la aracnoides y la médula espinal, engrosamientos, opacidades, granulaciones miliares, falsas membranas, chapas rojizas en el neurilema de los diversos nervios, induraciones, reblandecimientos y otras alteraciones de estos últimos»

(Van de Keeze, loc. cit., p. 65). Pero esto no prueba mas que una cosa, y es, que en aquella época no se sabia distinguir la neuralgia de la meningitis espinal y de la neuritis. No tratamos de pretender, que en la actualidad sea siempre fácil, ni aun posible, está distincion durante la vida; pero no porque sea dificil el diagnóstico, hemos de negar un sitio distinto en los cuadros nosológicos á una afeccion, demostrada positivamente por los resultados negativos que ha dado la anatomia patológica. Teniendo solo en cuenta el trabajo de Van de Keeze, pudieramos haber omitido esta discusion; porque basta dar una ojeada sobre las observaciones referidas por dicho médico, para convencerse de que en la actualidad á ningun profesor ilustrado le hubiera ocurrido la idea de aplicarles el nombre de neuralgias; pero lo que nos ha movido á detenernos en este punto es, que otros muchos han puesto en duda la existencia de las enfermedades de que hablamos, decidiéndose por la negativa Gendrin (*Histoire anatomique des inflammations*; París, 1826), Descot (*Dissertation sur les affections locales des nerfs*; París, 1825), Chastanier (*Diss. sur la neuralgie considerée en général*; tésis de París, 1831, número 162, p. 21), etc. Este último hasta llega á decir, que «la palabra *neuritis* deberia reemplazar á la de *neuralgia*, para designar la enfermedad conocida con este último nombre, porque aquella espresa la naturaleza de la afeccion, mientras que la segunda solo indica su síntoma mas general, es decir, el dolor.»

»La mayor parte de los autores, especialmente Bichat y Chanssier, fundan la definicion de la neuralgia en el sitio y carácter del dolor que la acompaña. Piorry dice, que la neuralgia está constituida por «un dolor especial que le distingue de cualquier otro, pudiendo compararse perfectamente al que se esperimenta cuando se da un tropezon con el codo.» Valleix la define de muy distinto modo que se habia hecho hasta su tiempo, y dice, que «consiste en un dolor mas ó menos violento, situado en el trayecto de un nervio, diseminado en puntos circunscritos, verdaderos focos dolorosos, de donde parten con intervalos variables punzadas ú otros dolores análogos, y en los cuales es mas ó menos dolorosa la presion, ejercida convenientemente» (Valleix, *Traité des neuralgies*, p. 2; París, 1841). Pero esta definicion es incompleta y poco sólida; pues no siempre pueden apreciarse los puntos dolorosos circunscritos; y en general se admite que la presion ejercida convenientemente calma á veces el dolor en lugar de exasperarlo: ademas, semejante definicion no puede aplicarse sino á las neuralgias superficiales.

»Tal vez se me preguntará, dice Valleix, que ya previó la objecion, por qué no incluyo en las neuralgias esos dolores de las vísceras, en que estan las funciones mas ó menos alteradas sin lesion orgánica visible, y que se conocen con el nombre genérico de visceralgias ó neuralgias viscerales.» A esta objecion, muy legítima y natural en efecto, responde Valleix: 1.° que ocupando el dolor en las visceralgias una estension de una víscera considerable en todos sentidos, no puede compararse al sitio de los dolores neurálgicos; 2.° que estas afecciones viscerales consisten mas bien en desórdenes de las funciones del órgano enfermo, que en el dolor de los nervios que se distribuyen por él; mientras que en la neuralgia el dolor del nervio es el punto capital, y las lesiones funcionales de los órganos por donde se distribuye no son mas que fenómenos accesorios; y 3.° que la diferencia de asiento modifica considerablemente el modo de ser, curso y tratamiento, de estas dos especies de dolores (loco citato, p. 3, 4).

»Pero estos argumentos son erróneos ó de ningun valor. Efectivamente, en la gastralgia por ejemplo, ¿no predominan muchas veces los dolores epigástricos sobre los desórdenes funcionales? y en la neuralgia ciática ¿es tan solo una lesion funcional accesoria la imposibilidad absoluta de mover el miembro? Es imposible que Valleix ignore los numerosos puntos de contacto que existen, en cuanto al curso y tratamiento, entre las neuralgias superficiales y las profundas ó viscerales. Es cierto que los síntomas de una enfermedad que puede ocupar muchos sitios diferentes varian segun el órgano afecto; mas ¿puede esta circunstancia servir de base á una separacion completa?

»Qué sucederia, ha dicho uno de nosotros, si, no teniendo en cuenta la causa próxima y la naturaleza de las enfermedades, se establecieran tantas individualidades morbosas como sitios puede ocupar una misma afeccion; si se transformasen las variedades sintomáticas relativas al asiento del mal, esplicadas perfectamente por la anatomia y la fisiologia, en caractéres distintivos fundamentales; y en una palabra, si se considerasen como afecciones diferentes todas las formas y variedades que puede presentar una misma dolencia? Si se establecieran en patologia divisiones fundadas en tales consideraciones, se destruiria toda idea de patogenia, é iriamos á parar al caos de la nosologia metódica» (L. Fleury, *Reflexions et observations pour servir au diagnostic des neuralgies viscerales*, en *Journal de médecine*, núm. de abril, 1843).

»Existen, dice Bichat, cólicos esencialmente nerviosos, independientes de toda afeccion local del sistema seroso, mucoso y muscular de los intestinos, que residen manifiestamente en los nervios de los ganglios semi-lunares, y son verdaderas *neuralgias* (*Anat. géner.*, t. I, página 229). En efecto, es imposible no admitir *neurosis dolorosas* de ciertas vísceras, es decir, neuralgias viscerales, como lo han demostrado perfectamente Jolly (*Mémoire sur les neuralgies du systeme nerveux ganglionaire* en *Nouvelle bibliotheque médicale*, t. II, p. 289; Paris, 1828) y otros muchos autores (v. el art. GASTRALGIA). Las consideraciones hechas por Valleix no son

exactas mas que para cierta clase de neurosis, pues dejan de serlo cuando se las aplica á las neurosis de la sensacion, es decir, á las neurosis dolorosas ó neuralgias. Asi es, que la bulimia es una neurosis del estómago; pero la gastralgia es la neuralgia gástrica» (v. el art. NEUROSIS).

»Hemos dicho que el dolor es el carácter esencial de la neuralgia; pero es imposible fundar en sus caractéres una buena definicion; porque solo podria decirse con Martinet (loco citato, p. 8), que el carácter de este dolor es el ser variable. Nosotros consideraremos la neuralgia bajo un punto de vista mas general y exacto, diciendo que es *una neurosis de la sensacion ó una neurosis dolorosa, es decir, una enfermedad apirética, intermitente ó remitente, irregular ó periódica, fija ó que cambia de sitio con mucha facilidad, situada en cualquier punto del sistema nervioso cerebro-espinal ó gangliónico, caracterizada principalmente por un dolor muy vivo, que sigue el trayecto de los ramos nerviosos superficiales, ó que se siente en las vísceras profundas, acompañado de trastornos funcionales que varian segun el órgano enfermo, sin que puedan esplicarse por lesion alguna apreciable del tejido nervioso.*

»La descripcion que vamos á hacer justifica los diversos términos de esta definicion.

»DIVISION.—Se han dividido las neuralgias en *idiopáticas, sintomáticas, metastáticas, simpáticas, intermitentes, periódicas, remitentes y atípicas.* Pero tales divisiones solo deben mencionarse al hablar del estudio de las causas y del curso de esta enfermedad.

»Para describir con método las neuralgias, es preciso considerarlas en las dos grandes divisiones del sistema nervioso, y establecer por lo tanto las dos clases siguientes:

»A. Neuralgias de la vida de relacion.
»B. — de la vida de nutricion.

»Conviene en seguida estudiar en cada una de estas clases la neuralgia en los diversos puntos que puede ocupar, adoptando el órden anatómico. De este modo trazaremos el cuadro siguiente.

Neuralgias de la vida de relacion.

1.° Neuralgia trifacial.	Ramo oftálmico. .	Neuralgia de este ramo;
		— lagrimal;
		— frontal esterna ó supra-orbitaria;
		— frontal interna;
		— nasal esterna.
	Ramo maxilar superior.	Neuralgia dentaria posterior;
		— sub-orbitaria.
	Ramo maxilar inferior	Neuralgia lingual;
		— temporal;
		— auricular anterior;
		— bucal;
		— mentoniana.

2.° Neuralgia facial.	
3.° Neuralgia cérvico-occipital.	occipital; mastoidea;
4.° Neuralgia cérvico-braquial	circunfleja; supra-escapular; cubital; músculo-cutánea; radial; mediana.
5.° Neuralgia dorso-intercostal.	dorsal; intercostal;
6.° Neuralgia lumbo-abdominal	lumbar; abdominal; ileo-escrotal ó vaginal; espermática.
7.° Neuralgia crural.	
8.° Neuralgia fémoro-poplítea. . . .	ciática; poplítea; peronea; plantar esterna; plantar interna.
9.° Neuralgia cutánea ó dermalgia.	

Neuralgias de la vida de nutricion.

1.°	Neuralgia	de la faringe;
2.°	—	del esófago;
3.°	—	de la laringe;
4.°	—	del pulmon;
5.°	—	del corazon;
6.°	—	del diafragma;
7.°	—	del estómago;
8.°	—	de los intestinos;
9.°	—	del ano;
10.°	—	del hígado;
11.°	—	del bazo;
12.°	—	de los riñones;
13.°	—	de la vejiga;
14.ª	—	del útero.

»En los párrafos que siguen estudiaremos sucesivamente estas dos clases de neuralgias bajo el punto de vista de la patologia general y de la especial.

A. Neuralgias de la vida de relacion.

«ALTERACIONES ANATÓMICAS.—Son muy diversas las alteraciones que se atribuyen á la neuralgia. Cotugno describe una infiltracion serosa ó un edema del neurilema; Siebold ha encontrado el nervio atrofiado y rojizo; Cirilo, grueso y endurecido; Bichat (loc. cit, p. 179) y Chaussier han observado la dilatacion varicosa de los vasos que se distribuyen por él; Martinet (loc. cit.) menciona todas las alteraciones que caracterizan la neuritis; Van de Keeze (loc. cit.) habla de lesiones muy distintas, y Chaussier (*Tableau synoptique de la neuralgie*) hace una buena descripion anatómica del neuroma al tratar de la neuralgia.

»Solo diremos con respecto á estas diversas lesiones, que siempre que haya una alteracion cualquiera del neurilema ó el tejido nervioso,

no es una neuralgia la que existe, pues esta solo debe admitirse cuando el examen anatómico no da mas que resultados completamente negativos; pudiéndose cuando mas considerar la atrofia del nervio sin alteracion de su estructura, como efecto de una lesion funcional muy antigua.

»Aunque la neuralgia, dice Ollivier (*Dic. de méd.*, t. XXI, p. 17), resulte muchas veces de una *irritacion que no deja vestigio alguno apreciable* en el nervio enfermo, la observacion nos inclina á deducir, que hay un número bastante considerable de neuralgias, que pueden referirse á la flegmasia de los cordones nerviosos.»

»Confesamos que no comprendemos esta proposicion; pues si la irritacion *no deja vestigio alguno apreciable*, cómo se demuestra que ha existido? ¿Estamos todavía en el caso de seguir los pasos de la doctrina fisiológica, hasta el punto de atribuir á una supuesta irritacion lesiones funcionales, que no dejan tras de sí ninguna especie de lesion anatómica? Por otra parte, porque la inflamacion de un nervio vaya acompañada de dolores intermitentes, se la deberá transformar en una neuralgia? pues qué ¿no se observan dolores intermitentes en la mayor parte de las flegmasias?

»La falta completa de toda alteracion anatómica del nervio afectado es, repetimos, el carácter esencial de la neuralgia, como lo han comprobado Desault, Cooper, Rousset, Andral, Piorry, Dubois (de Amiens) y otros muchos observadores.

»Deben colocarse, dice con razon Valleix (loc. cit., p. 688), en el número de las teorías que no estan basadas en la observacion, todas las que colocan las neuralgias en las inflamaciones, las irritaciones, la hipertrofia y la atrofia del órgano. Hállase demostrado, que esta enfermedad tan dolorosa consiste en una alteracion de las funciones, cuya causa orgánica ignoramos absolutamente.»

»Síntomas.—*Prodromos.*—La neuralgia invade algunas veces gradualmente, precediendo al dolor sensaciones de diversa naturaleza: el enfermo esperimenta al principio en el punto que ha de afectarse, un prurito incómodo, una sensacion de temblor, de comezon, de hormigueo, de tension y calor; ó por el contrario de frio, de entorpecimiento, y de escozor, análogo al que acompaña á la erisipela ó á una quemadura de primer grado: en algunos casos, que son mas raros, estan los prodromos constituidos por desórdenes generales, como fiebre, escalofrios seguidos de calor y sudor, náuseas, vómitos, desazon general, ansiedad epigástrica y diarrea (Jacob, *Dissertation sur la neuralgie considerée en général et dans ses différentes espèces*, tésis de París de 1829, núm. 190, página 10.—Coussays *De la neural. considerée en général*; tésis de París 1812, núm. 160). El fenómeno que constituye el carácter principal de la neuralgia, es decir, el dolor, aparece las mas veces repentinamente con toda su intensidad.

»El *dolor* debe estudiarse con cuidado en todas sus particularidades, que describiremos por separado.

»*Caractéres y formas.*—El dolor neurálgico es continuo con exacerbaciones, y puede ser espontáneo ó provocado.

1.º »*Dolor espontáneo continuo.*—Es mas incómodo y penoso que violento, siendo á veces tan ligero, que no se quejan de él los enfermos, sino cuando se insiste en preguntarles sobre este punto; y se le compara á la sensacion que produce una tension considerable, una contusion ó una presion fuerte. ¿Puede faltar el dolor continuo, y ser á veces la neuralgia completamente intermitente? Valleix no ha observado jamás la falta completa del dolor en el intervalo de los accesos, y cree que no se hallan en los autores suficientes datos para formar sobre este punto una opinion sólida. En efecto, se necesitan nuevas investigaciones; pero debemos decir, que al examinar las numerosas observaciones de neuralgia trifacial que posee la ciencia, hemos encontrado una intermitencia completa en casi todos los casos en que eran poco violentos los accesos y estaban separados por intervalos algo considerables.

»*Dolores espontáneos intermitentes.—Punzadas, accesos.*—Las punzadas son dolores lancinantes muy vivos y pasageros, *fulgura doloris*, análogos á los que produce la electro-puntura (Jobert, *Etudes sur le systeme nerveux*, t. II, p. 646; París, 1838), que se renuevan con intervalos variables durante un tiempo mas ó menos largo, constituyendo *accesos* (véase *Curso*).

»Ora no se percibe mas que una sola punzada, sin que se reproduzca hasta pasados muchos minutos ó un cuarto de hora; ora se suceden con una rapidez estremada, separadas apenas entre sí por algunos segundos. La naturaleza de los *accesos* varia segun las circunstancias,

»La violencia de las punzadas es muy diversa; se aumenta ó disminuye con la antigüedad del mal y segun que este propende á agravarse ó á curarse; es mas intensa en unas neuralgias que en otras, bajo cuyo aspecto debe colocarse en primera línea la trifacial y en segunda la ciática. El dolor lancinante puede adquirir una intensidad estremada; hace muchas veces gritar y desesperarse á los enfermos, produce convulsiones, y es susceptible de ocasionar á la larga ese conjunto de trastornos generales muy graves, á que Broussais da el nombre de fiebre héctica de dolor (v. *Curso*). Las punzadas aparecen de preferencia durante el dia en la neuralgia trifacial, tal vez porque las provocan los movimientos de la masticacion ú otras circunstancias; y son mas frecuentes durante la noche en la fémoro-poplítea, en la que el dolor suele exasperarse con el calor de la cama. Resulta de un cuadro formado por Valleix con 347 observaciones de temperatura,

sucediendo tambien lo mismo al parecer con la humedad del tiempo y la abundancia de nieves (Valleix, obra cit., p. 682).

»*Dolor provocado por la presion.*—Admítese generalmente que el dolor neurálgico se aumenta por una presion suave, mientras que disminuye ó cesa del todo cuando esta es enérgica. Algunos autores dicen, que cuando se comprime sobre el nervio ciático, se aumenta casi siempre el dolor, y que se alivia en el trifacial (James, *Rech. theor. et prat. sur les nevralgies et leur traitements*, en la *Gaz. méd.*, 1840, p. 710). Valleix combate estas aserciones, y dice que la presion aumenta siempre el dolor en todas las neuralgias, sea cualquiera el modo como se haga (obra cit., p. 667). «Despues de los violentos paroxismos de la neuralgia trifacial, dice este médico, la calma es mucho mas profunda y el dolor que ocasiona la presion generalmente mas ligero, de donde proviene sin duda el error» (obra cit., p. 671). Seria importante establecer definitivamente este punto, pero faltan hechos precisos y positivos para hacerlo. Por nuestra parte recordamos muy bien haber visto enfermos que comprimian fuertemente durante el acceso el nervio ciático ó el trifacial, con lo que obtenian algun alivio. Pero Valleix se atiene solo á las observaciones escritas y publicadas, y no deja de tener razon, pues la ciencia no debe admitir mas que documentos de esta especie: en el caso actual se necesitan pruebas tanto mas sólidas, cuanto que habiendo analizado Valleix 134 observaciones de neuralgias trifaciales (39) y ciáticas (97), ha visto indicado el aumento del dolor por la presion en 39 casos, pasándose en silencio el efecto de la misma en los 95 restantes (obra cit., p. 667).

»Ora no hace la presion sino aumentar mas ó menos el dolor continuo; ora determina punzadas semejantes á las que aparecen espontáneamente. A veces una presion ligera ocasiona los paroxismos mas violentos, y otras una muy enérgica solo determina un dolor poco intenso. El dolor producido por la presion está en razon directa de la intensidad del mal: se aumenta durante los accesos y se disminuye en los intervalos.

»La presion no provoca el dolor en todos los puntos del nervio, y muchas veces se limita á partes muy circunscritas; por lo que conviene hacer una esploracion muy minuciosa, y recorrer todo el trayecto del nervio y de sus ramificaciones, ejerciendo la presion con la estremidad de los dedos aplicados perpendicularmente (Valleix, obra cit).

»Sucede en ciertos casos, que habiendo determinado la presion un dolor muy vivo en un punto circunscrito, si se practica de nuevo pasado algun tiempo en el mismo punto, no ocasiona ya el mismo resultado; pero basta entonces repetir el esperimento al cabo de algunos instantes, para que el dolor aparezca con la misma intensidad que la primera vez. En ocasiones se provoca un dolor mas vivo pellizcando la piel y levantándola en forma de pliegue, que por medio de la presion, aunque sea muy enérgica (Bassereau, *Essai sur la nevralgie des nerfs intercostaux*, etc., tés. de París, 1840, p. 43).

»*Dolor provocado por los movimientos del enfermo.*—Estos exasperan comunmente el dolor y provocan accesos. Este efecto es producido en la neuralgia trifacial por la accion de mascar, de deglutir y de sonarse; en la intercostal, por la tos, la risa y los movimientos de flexion y estension del tronco; en la ciática, por la progresion, etc. Sin embargo, los movimientos violentos de la parte enferma producen á veces cierto alivio.

»2.° *Sitio y direccion del dolor.*—Bassereau ha demostrado, que en la neuralgia intercostal el dolor ocupa principalmente ciertos puntos limitados; y despues Valleix ha hecho de esta circunstancia el carácter esencial del dolor neurálgico.

»Cuando se pregunta á un enfermo afectado de neuralgia cuáles son los puntos invadidos por el dolor, ora designa todo el trayecto de un nervio, como se ve frecuentemente en la ciática, ora indica muchos puntos distintos del cordon nervioso, de lo que ofrece numerosos ejemplos la neuralgia intercostal. Pero aun en el primer caso, continuando el interrogatorio, nos aseguramos de que el enfermo solo ha querido hablar del dolor lancinante é intermitente; pues si se le pregunta por el sitio del dolor en el intervalo de las punzadas, responde designándonos puntos limitados. En la neuralgia trifacial lo refiere á la ceja, al vértice de la nariz, á las sienes, etc.; en la ciática á la nalga, á la rodilla, el pie, etc., y en la braquial, al hombro, al codo, á los dedos, etc.» (Valleix, obra cit., p. 654).

»El *dolor continuo espontáneo* solo ocupa, segun este médico, puntos circunscritos de 1/2 á 1 dedo de diámetro, y muchas veces cesa tan repentinamente á la distancia de 2 á 3 líneas, que mientras en un punto hay un dolor de los mas vivos, falta completamente en el inmediato. Estos puntos pueden reconocerse y limitarse exactamente por medio de la presion, porque esta solo produce dolor al nivel de los mismos.

»El sitio que ocupa el dolor continuo puede ademas determinarse de antemano, pues reside: 1.° en el punto de emergencia del tronco nervioso; 2.° en los parages en que el filamento nervioso atraviesa los músculos para acercarse á la piel, por donde se distribuye; 3.° en las partes en que los ramos terminales del nervio vienen á finalizar en los tegumentos; y 4.° en los puntos en que está muy superficial el tronco nervioso.

»Se han descrito muchas neuralgias limitadas á un solo ramo nervioso, á una division secundaria del nervio principal; pero Valleix piensa, que los casos de este género son muy

raros, «pues cuando se continúa el exámen todo lo posible, dice este médico, se consigue casi siempre encontrar el dolor en el mismo tronco nervioso, ó en el plexo de donde nacen las ramas afectas.... La neuralgia ocupa las mas veces un número mayor ó menor de las divisiones superficiales del nervio; y cuando los autores designan la enfermedad con el nombre de una de las divisiones secundarias, es preciso entender que esta rama se hallaba *principalmente* afectada, pero no *esclusivamente*.»

»Las *punzadas espontáneas* ó *provocadas* tienen siempre su orígen en uno ó muchos de los puntos doloridos de que acabamos de hablar; y ora se manifiestan *á un mismo tiempo* en varios de estos centros ó focos, dejando libres los intervalos; ora parten de uno de ellos para manifestarse en otros, pareciendo no afectarse los puntos intermedios; y ora en fin, toman orígen de un foco, y se propagan siguiendo el trayecto del nervio y de sus ramos.

»Cuando las punzadas siguen esta última direccion, se difunden comunmente del centro á la circunferencia, es decir, del tronco hácia los ramos; pero algunas veces se propagan en sentido opuesto, y entonces se dice que la neuralgia es *ascendente*. Bailly refiere un caso de neuralgia fémoro-poplítea de este género, y Piorry ha reunido muchos ejemplos análogos (*Memoire sur la nature et le traitement de plusieurs nevroses et sur l'analogie qui existe entre elles et les nevralgies*): por último, la presion ocasiona á veces una doble irradiacion en sentido contrario (Bassereau, tés. cit., p. 45). Los enfermos indican en ciertos casos la direccion y trayecto de las punzadas con una precision tal, que marcan con sus dedos exactamente la distribucion anatómica de los nervios enfermos.

»Valleix presenta relativamente á estas diversas circunstancias, los dos cuadros siguientes:

»Entre 59 casos de neuralgia trifacial, dorso-intercostal y fémoro-poplítea, habia:

9 en que, las punzadas pasaban de un punto á otro sin que se sintieran en el trayecto del nervio;

39, en que se percibian en la direccion de este;

16, en que estaban fijas y diseminadas.

»Entre 109 casos de neuralgia de varias especies,

62 veces seguian las punzadas la direccion del nervio,

16 estaban fijas y diseminadas,

6 seguian un trayecto opuesto á la direccion del nervio (*neuralgia ascendente*);

11 se sentian, ora en un punto ora en otro;

5 afectaban una doble direccion en sentido contrario:

6 no han podido determinarse, y

3 no existieron punzadas.

»Acabamos de esponer detenidamente las ideas emitidas por Valleix (obra citada, página 651-673), y reconocemos que deben tomarse en consideracion, puesto que estriban en datos clínicos; pero creemos que este autor generaliza demasiado su opinion, al menos en el estado actual de la ciencia. Los puntos circunscritos y focos dolorosos son muy manifiestos en la neuralgia intercostal; pero aun en esta, no todos los autores los consideran del mismo modo; y ademas hay muchas neuralgias en que no se han podido comprobar tales focos, lo que es muy importante tener en cuenta. El mismo Valleix reconoce por otra parte, que la neuralgia afecta á veces ciertos ramos nerviosos aislados, especialmente los nervios maxilar inferior, cubital é ileo-escrotal.

»Son necesarias nuevas observaciones, para establecer positivamente los caractéres y el sitio del dolor neurálgico, y esperamos á que se recojan para decidirnos en esta parte.

»*Desórdenes funcionales de la parte enferma*.—La piel está á veces caliente, roja y tumefacta, existiendo una fiebre local, *febris topica*, como la llama Van-Swieten; las venas estan dilatadas y salientes, y las arterias laten con fuerza (J. Frank, Bellingeri). Mas apenas puede concebirse, como ya hemos dicho en otro lugar (véase fiebre en general), una fiebre local sin que esten interesadas las contracciones del corazon: la piel no presenta comunmente modificacion alguna, y aunque Thouret y Bailly aseguran, que se halla en ciertos casos disminuida la temperatura, necesita comprobarse semejante asercion. En la neuralgia trifacial presenta á veces el lado afecto una hipertrofia muy notable; pero por lo comun se demacra y atrofia la parte enferma, cuando ha durado algun tiempo la enfermedad y son muy intensos los dolores, como sucede con frecuencia en la neuralgia ciática.

»La motilidad suele hallarse pervertida en la neuralgia trifacial, y mas rara vez en las demas neuralgias: los músculos de la parte enferma estan agitados por movimientos involuntarios, espasmos ó convulsiones; cuando la neuralgia ocupa un miembro, unas veces se contrae, presentando una rigidez como tetánica, y otras se halla por el contrario medio paralizado.

»Las funciones estan frecuentemente abolidas ó pervertidas: en la ciática puede ser imposible la progresion; el dolor que ocupa las paredes torácicas en la intercostal, hace la respiracion corta, laboriosa, difícil y dolorosa, y en la neuralgia de la cara se aumenta en ciertos casos la secrecion de las lágrimas, de la saliva y del moco nasal.

»*Desórdenes funcionales generales*.—Algunas veces se han observado convulsiones generales (Coussays, loc. cit., p. 15), y accesos histeriformes y epileptiformes (Jobert, loc. cit., p. 653), que en mas de un caso pueden atribuirse á la violencia del dolor.

»La circulacion se conserva normal; sin embargo, cuando el dolor es muy agudo, el pulso se presenta á veces frecuente é irregular, pudiendo existir *mientras dura el acceso*, uno verdadero de fiebre, caracterizado por escalo-

frios y sudor (Rennes, *Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. XI, p. 136).

»El dolor puede hacer que la respiracion sea lenta ó acelerada; que sobrevengan vómitos, diarrea, ó por el contrario estreñimiento; la orina es espesa y poco abundante en el intervalo de los accesos, pálida y acuosa durante el ataque; y en las mujeres se halla frecuentemente alterada la menstruacion.

»Muchas veces se observan desórdenes nerviosos mas ó menos graves: cuando es antigua la enfermedad y los accesos violentos y frecuentes, esperimentan en ocasiones los enfermos una sensacion de frio en los pies y manos. Sienten dolores simpáticos y como reumáticos en los músculos; se vuelven inquietos, melancólicos é irascibles; se afectan de hipocondria y de monomania suicida; hay muchos que atentan contra sus dias; se hallan atormentados por un insomnio doloroso; se debilita la memoria y el juicio, se altera la nutricion, y se observan todos los fenómenos del marasmo y de la fiebre héctica.

»Curso, duracion y terminacion de las neuralgias.—Conviene estudiar aisladamente los accesos, los ataques, y la enfermedad considerada en su totalidad.

»*Accesos.*—Estos pueden considerarse como el carácter esencial de las neuralgias.

»Entre 210 observaciones analizadas por Valleix (loc. cit., p. 673);

154 veces, existieron paroxismos;

1 faltaron completamente, y

55 no pudieron comprobarse por falta de datos.

»Los accesos varian mucho en sus caractéres: por lo comun sobrevienen de pronto con toda su intensidad; aunque á veces sin embargo no llega esta á su máximun sino gradualmente; en algunos casos cesan de repente, y en otros declinan por grados; pero el período de declinacion es siempre mas rápido que el de aumento. Su duracion es muy variable: en los primeros tiempos del mal es muy corta (5 á 10 minutos); aumenta á medida que este se prolonga, y puede llegar á ser de media hora, una y aun mas.

»El número de los accesos no solo varia en las diversas neuralgias, y segun los individuos afectados de una misma neuralgia, sino tambien en un mismo enfermo de un *ataque* á otro: en general es tanto mas considerable cuanto mas antigua la afeccion: el máximum parece corresponder á la neuralgia trifacial, observándose, ora únicamente 3, 4 ó 6 accesos en las veinticuatro horas, ora 15, 20, 30 y hasta 100 en el mismo tiempo. Los autores refieren muchas observaciones en que se verificaron en un dia 25 y 30 accesos que duraron cada uno media hora.

»*Ataques.*—Estos se hallan constituidos por mayor ó menor número de *accesos*, y su duracion varia por lo tanto segun este número: pueden prolongarse por espacio de veinticuatro horas ó aun de muchos dias, y terminan de pronto por un último acceso. En algunos casos raros se verifica la terminacion por un fenómeno crítico, como una secrecion abundante de lágrimas, de sudor, de orina ó saliva, un vómito abundante, la aparicion de las reglas, etc.

»Los enfermos esperimentan comunmente un dolor contínuo, mas ó menos agudo, en el intervalo de los accesos; pero cesan completamente todos los fenómenos morbosos poco tiempo despues del último ataque. Sin embargo, cuando la afeccion es intensa y antigua, tienen los pacientes desórdenes contínuos, aunque consisten mas bien en lesiones funcionales mediatas, que en síntomas neurálgicos propiamente dichos.

»Importa mucho estudiar el modo como se reproducen los ataques, pues en ciertos casos nos suministra preciosas indicaciones terapéuticas.

»Muchas veces se manifiestan los ataques bajo la influencia de causas ocasionales esternas (v. *Etiologia*); en cuyo caso pueden evitar ó determinar, por decirlo así, su reproduccion, tanto el médico como el enfermo; pero comunmente reaparecen de un modo espontáneo, sin causa alguna apreciable, manifestándose entonces con intervalos irregulares, que ora son cortos, ora largos (*neuralgias atípicas*), ó bien por el contrario con perfecta regularidad (*neuralgias periódicas*).

»Entre 199 casos de toda clase de neuralgias, se han observado 20 que tenian una periodicidad bien marcada, constituida por ataques, que se reproducian todos los dias á la misma hora, con igual intensidad, y duraban casi un mismo tiempo, disipándose luego completamente (Valleix, loc. cit., p. 679).

»Se han visto á veces neuralgias periódicas, que sucedian á fiebres intermitentes conservando el tipo de estas. Mazade cita varios casos de neuralgias supra-orbitarias y ciáticas, tercianas (*Revue médicale*, 1841, p. 215).

»La vuelta periódica de los ataques se verifica especialmente en la neuralgia trifacial; pues se la ha observado 10 veces entre 42 casos de esta afeccion, y solamente 9 en 157 de otras especies de neuralgias (Valleix, obr. cit., página 686). No nos detendremos aqui en las consideraciones que se refieren á este punto importante, pues nos ocuparemos de ellas en otro lugar (v. *Neuralgia de la cara*).

»Curso.—Rara vez aparecen de pronto las neuralgias con toda su intensidad: entre 71 casos en que ha podido fijarse la invasion, fue esta repentina 9 veces; 24 gradual pero rápida, y 38 gradual y lenta. «Así es, dice Valleix, que en las seis sétimas partes de los casos, la neuralgia se desarrolla gradualmente, pero de una manera mas ó menos rápida» (loc. cit., p. 681). La prueba, añade este autor, de que la invasion no es comunmente repentina, no solo se encuentra en la intensidad gradualmente progresiva de los síntomas, sino tambien en

el órden con que son invadidos los diversos puntos que ocupa el mal; pues efectivamente no aparece el dolor en todos á la vez, sino que en el mayor número de casos se estiende poco á poco.

»El curso y duracion nada tienen de fijo; pues ora resiste la enfermedad á todo tratamiento, dura muchos años, se prolonga toda la vida y sigue un curso progresivo con bastante regularidad ocupando siempre un mismo sitio; ora desaparece espontáneamente en algunos dias; ora se presenta con intervalos regulares ó irregulares, que unas veces son muy cortos y otras muy largos. Puede decirse, sin embargo, que en general dura mucho menos cuando la neuralgia es periódica, por la influencia que en este caso tiene la terapéutica.

»Los *cambios de sitio* que suelen observarse en las neuralgias, constituyen un punto importante en el estudio del curso de tales afecciones (*Neuralgias anormales*). Rennes (loc. cit., página 338) y Forstmann han visto una neuralgia facial que alternaba con una ciática; se ha observado una que pasaba de una mejilla á la otra (Pujol, *Essai sur la maladie de la face*; París, 1777, p. 79); una plantar que alternaba con una sub-orbitaria (Chaussier), y una facial con una gastralgia (Grisolle; v. Valleix, loc. cit., p. 703). Feron ha visto un enfermo, en quién la neuralgia revestia sucesivamente las formas cubital, histerálgica, gastrálgica, enterálgica y cardiálgica (*Observation d'une neuralgie anormale* en el *Journal complement. des sciences médicales*, t. VI, p. 274). Uno de nosotros ha referido la observacion de una jóven, en la que aparecian alternativamente las neuralgias ciática, gastrálgica, cardiaca y trifacial, sin que el mal desapareciese de un modo definitivo, hasta haber ocupado sucesivamente cinco ó seis puntos diversos (L. Fleury, obr. cit., obs. 2).

»Las neuralgias no terminan por la muerte» dice Valleix (loc. cit., p. 683); pero esta proposicion es demasiado absoluta, pues se han visto neuralgias faciales, crurales y ciáticas (Jobert, loc. cit.), que han producido lesiones funcionales, desórdenes tan graves en la nutricion, y dolores tan violentos y prolongados, que han hecho sucumbir á los enfermos en la demacracion, el marasmo, la fiebre héctica, la lenta nerviosa, etc. Huxham y Bellingeri han observado un caso, en que la neuralgia sub-orbitaria causó la muerte en veinticuatro horas; y otros enfermos han sucumbido porque los atroces dolores que provoca el mas ligero movimiento de las mandíbulas en las neuralgias faciales imposibilita á veces la prehension, la masticacion y aun la separacion necesaria de los bordes dentarios, para permitir la introduccion de las sustancias líquidas.

»Las neuralgias se prolongan muchas veces toda la vida de los enfermos, y resisten á todo tratamiento.

»Entre 182 neuralgias de toda especie, se verificó la curacion en 139 casos (69 hombres y 70 mujeres); en 20 se obtuvo un alivio notable (11 hombres y 9 mujeres), y en 23 persistió la enfermedad (17 hombres y 6 mujeres).

»Queriendo averiguar Valleix si la edad, el sexo, la violencia del mal y su antigüedad, ejercen alguna influencia apreciable en la curacion, ha obtenido los siguientes resultados.

»Los enfermos curados tenian de 10 á 75 años de edad, es decir, la de 39 por término medio.

»Los que se aliviaron de 30 á 71; 47 por término medio.

»Los que no se curaron de 25 á 70; 47 y un tercio por término medio.

»La dificultad de la curacion está, pues, en razon directa del número de años.

»La curacion y el alivio se obtuvieron en ambos sexos en proporciones casi iguales; pero ya hemos visto que entre los 23 enfermos no curados habia 17 hombres y solo 6 mujeres.

»En cuanto á la violencia del mal, entre 137 curaciones, eran muy violentos los dolores en 68 casos, en 42 agudos y en 27 ligeros.

»Entre 22 enfermos que se aliviaron eran los dolores muy violentos en 7, en 13 vivos y en 2 ligeros.

»Por lo que hace á la antigüedad de la afeccion, entre 102 enfermos curados, 42 veces contaba de 3 dias á un mes, otras 42 de uno á 6 meses, 10 de 6 meses á un año, y 8 tenia mas de un año.

»Entre 12 que se aliviaron, en 6 tenia de 3 dias á un mes, en 3 de uno á 6 meses, en uno de 6 meses á un año, y en 2 mas de un año.

»Entre 15 no curados, en 4 era de 3 dias á un mes, en 7 de uno á 6 meses, y en 4 de mas de un año (Valleix, loc. cit., p. 683-687).

»Asi, pues, es tanto mas probable la curacion, cuanto mas reciente y menos intenso el mal. Cuando este llega á durar un año, es raro que se cure, mas no imposible, pues han desaparecido neuralgias de 10, 12, 15 y aun 20 años de antigüedad. La curacion es debida muchas veces á la terapéutica; pero tambien suele verificarse espontáneamente, ya antes de todo tratamiento, ya despues de haberse resistido la enfermedad por un tiempo muy considerable á las medicaciones mas racionales y enérgicas.

»La curacion espontánea se verifica, unas veces sin que pueda atribuirse á una causa apreciable, y otras á consecuencia de un fenómeno crítico (sudor, hemorragia, flujo de orina, lágrimas, diarrea), ó del desarrollo de otra cualquier afeccion (reumatismo, gota, erupcion cutánea vesicular ó pustulosa, etc).

»CONVALECENCIA, RECIDIVAS.—En las neuralgias casi nunca hay convalecencia, pues los enfermos recobran completamente su salud luego que pasa el último ataque. Las recidivas son mas frecuentes que en ninguna otra afeccion; pero es preciso no confundirlas con la vuelta de

los ataques; y ya veremos mas adelante que esta distincion no es siempre fácil en la forma atípica, cuando son largos los intervalos de los ataques, y aparece de nuevo la enfermedad en el sitio que antes ocupaba.

»Complicaciones.—En un mismo individuo pueden existir simultáneamente dos neuralgias: Andre y Fouquet han observado dos faciales; Bichat ha visto dos ciáticas, y Cotugno una fémoro-poplítea y otra cúbito-digital.

»Tambien puede existir una neuralgia con diversas afecciones, como el reumatismo, la gota, el cáncer de la matriz, etc.; pero estas no son mas que coincidencias, cuando no son causas (v. Causas).

»Diagnóstico.—El sitio, la direccion, la distribucion anatómica de los dolores y su forma paroxística; la falta de fiebre y de síntomas inflamatorios locales; la presencia de los centros ó focos doloridos que dejamos descritos; y las circunstancias que provocan la vuelta de los ataques, son otros tantos signos que apenas permiten desconocer las neuralgias; sin embargo, diremos algo sobre este punto, considerando su diagnóstico de un modo general, sin ocuparnos del que corresponde á cada una en particular.

»*Afecciones cerebrales.*—Martinet (*Rev. méd.*, t. I, p. 86; 1824) refiere dos observaciones de neuralgias sucesivas de un lado del cuerpo, que simulaban una enfermedad del cerebro; pero en los casos de este género basta un poco de atencion para evitar el error.

»*Neuritis.* — Es la que mas fácilmente se confunde con la neuralgia; pero el dolor en ella es mas fijo; no presenta exacerbaciones ni accesos tan marcados, y se aumenta mas con la presion; la parte enferma está rubicunda y tensa; hay fiebre, y el miembro afecto propende á paralizarse; la afeccion sigue un curso progresivo con regularidad, y nunca es intermitente, ni mucho menos periódica. Solo, pues, el acceso neurálgico es el que podria confundirse con la neuritis; pero como no tiene jamás mucha duracion, no es posible que el error se prolongara largo tiempo (J. Frank, edicion de *l'Encyclopedie médicale*, t. III, p. 282). Sin embargo, es preciso reconocer con Valleix, que los síntomas son casi iguales en ambas afecciones; que las diferencias solo estan constituidas por grados, y que se necesitan nuevas observaciones para aclarar este punto (v. Martinet, *Mém. sur l'inflammation des nerfs* en la *Revue médicale*, núm. de junio, 1824; Vidal (de Cassis) *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 460). El conjunto de los síntomas, dice Piorry, en nada distingue la neuralgia de la neuritis, solo se diferencian en que la una dura poco y la otra persiste.

»*Neuroma.*—Mientras este no produzca un tumor apreciable, es casi imposible establecer el diagnóstico diferencial (Vidal de Cassis, loco cit., p. 443); pero no tarda en presentarse la degeneracion del nervio bajo la forma de tumorcitos, aislados ó dispuestos á manera de rosario (Andral, *Anatomie pathologique*, t. II, p. 888), cuyo volúmen varia desde el de un grano de mijo hasta el de una naranja, ó aun el de un melon pequeño (Descot, *Dissertation sur les affections locales des nerfs*; tés. de París, 1825).

»*Reumatismo muscular.* — En este el dolor ocupa siempre una superficie mas estensa; no se halla diseminado en puntos aislados; lo provocan los movimientos, sobre todo cuando exigen una contraccion fuerte de los músculos enfermos; en cuyo caso es incomparablemente mas violento que el dolor espontáneo; y por último, es vago, y no sigue el trayecto de los ramos nerviosos (Valleix, loc. cit., p. 701).

»Una vez averiguado que los nervios de la parte afecta no son asiento de ninguna alteracion, y que por lo tanto existe una neuralgia, debe indagarse si esta es idiopática, sintomática de una alteracion general (sifilis), ó simpática de una lesion situada en un órgano mas ó menos distante; pues ya se deja conocer de cuanta importancia debe ser semejante estudio para el tratamiento.

»El pronóstico de las neuralgias no es grave en general, sino por el tiempo que duran; y lo es tanto menos, cuanto mas jóven es el enfermo y la afeccion menos violenta, mas reciente y regular. Fácil es formular todas las consideraciones que se refieren al pronóstico, examinando lo que hemos dicho con respecto al curso, duracion y terminacion de las neuralgias.

»Causas.—A. *Predisponentes.* 1.° *Edad.*—Se ha dicho que las neuralgias se presentan principalmente en la edad adulta y en la vejez. Pujol asegura que los niños estan exentos de ellas; sin embargo, Gunther ha visto una neuralgia facial en un niño de nueve años, y Coussays neuralgias fémoro-poplíteas en individuos de siete á ocho, y una lumbar en uno de cinco (loc. cit., p. 160): 296 hechos reunidos por Valleix (obra cit., p. 689) dan los resultados siguientes:

2	enfermos	tenian de	1	á	10	años.
22	—	—	10	á	20	
68	—	—	20	á	30	
67	—	—	30	á	40	
64	—	—	40	á	50	
47	—	—	50	á	60	
21	—	—	60	á	70	
5	—	—	70	á	80	

»De este cuadro resulta, que la influencia de la edad no varia de 20 á 50 años, y es mas notable en este período de la vida que en otro alguno.

»Estudiando la influencia que tiene la edad con relacion á los sexos, se obtiene el resultado de que hasta los treinta años las mujeres padecen las neuralgias con mas frecuencia que los hombres, y que pasada esta edad, el número de

estos es superior ó al menos igual al de aquellas; sin embargo, algunos autores dicen que las neuralgias atacan á las mujeres mas especialmente despues de la edad crítica. Vertenil opina que las neuralgias esternas son mas comunes en los hombres, y las internas en las mujeres.

»2.° *Sexo.*—Entre 469 casos de toda especie de neuralgias, habia 218 individuos del sexo masculino y 251 del femenino; pero la proporcion varia segun el sitio del mal; siendo respecto de los hombres algo mas de las tres sétimas partes en la neuralgia trifacial, la mitad en las cérvico-occipital y braquial, algo menos de un quinto en la intercostal y lumbo-abdominal, y un poco mas de seis décimas partes en la crural y ciática (Valleix).

»3.° *Temperamento.*—Valleix ha obtenido el siguiente resultado: de 49 observaciones, en 29 casos el temperamento era nervioso, en 11 bilioso ó bilioso-sanguíneo, en 5 linfático y en 4 sanguíneo.

»4.° *Constitucion.*—Solo 67 casos han suministrado datos suficientes: en 48 era robusta, en 15 mediana, y en 4 mala (Valleix).

»5.° *Habitacion.* — Esta se ha notado que era seca, caliente y bien clara, en 35 casos, y húmeda, mal ventilada y de poca luz en 25.

»6.° *Alimentacion.*—Era regular, sustanciosa y abundante 33 veces entre 44 observaciones, 10 veces irregular y á menudo insuficiente, y 1 de mala naturaleza.

»El estudio de las *profesiones*, de las *enfermedades anteriores* y demas condiciones individuales, no ha suministrado resultado alguno de importancia; sin embargo, los autores colocan entre las causas de las neuralgias la falta de ejercicio y los oficios de marinero, pescador, cochero, etc.

»7.° *Estaciones y clima.*—125 observaciones demuestran, que mas de las dos terceras partes de las neuralgias aparecen en los seis meses mas frios del año. «Esta clase de enfermedad, dice Boudin (*Geographie médicale*), se observa al parecer en todas las longitudes y latitudes geográficas, desde el ecuador hasta los paises mas septentrionales del globo. Tiene la notable particularidad, de que las neuralgias ganglionares se desarrollan mas especialmente en las regiones de los trópicos, y las del sistema cerebro-espinal en las polares; mientras que los paises templados del globo ofrecen casi en la misma proporcion ambas especies del neuralgias.»

»B. *Causas determinantes.*—Aquí adoptaremos la misma division que hemos hecho al estudiar la etiologia de las neurosis.

»1.° *Neuralgias idiopáticas.*—La causa ocasional de las neuralgias de esta especie es las mas veces completamente inapreciable: en algunos casos parecen desarrollarse bajo la influencia de un enfriamiento repentino, de la esposicion á la humedad, á una corriente de aire, de una alimentacion insuficiente ó esclusivamente vegetal, ó por el contrario demasiado escitante, y de las emociones morales vivas. Entre 67 casos reunidos por Valleix, la neuralgia fue idiopática 63 veces; de estas no llegó á conocerse la causa en 46 casos, y en 17 consistió en un enfriamiento mas ó menos prolongado.

»2.° *Neuralgia sintomática.*—En esta clase se colocan las neuralgias que sobrevienen despues de una contusion (Lisfranc, *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 317, 1826), de una herida, de un movimiento brusco de la parte enferma y de la presencia de un cuerpo estraño (Jeffreys, *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 293, 1.ª série). Feron (loc. cit., p. 274) habla de una neuralgia cubital, que resultó de una mordedura hecha por un niño al nivel de la segunda falange del dedo pequeño del lado izquierdo. Pero es preciso proceder con mucha reserva al aceptar los hechos de este género; pues las mas veces no es una neuralgia la que existe, sino una inflamacion, contusion, distension del nervio, ó cualquier otra alteracion determinada.

»Del mismo modo que hemos hecho en las neurosis, solo consideramos como neuralgias sintomáticas las que se refieren á una lesion general, como por ejemplo, á una alteracion de la sangre. No de otro modo se observan á veces dolores neurálgicos en la clorosis, las caquexias saturnina, mercurial, cancerosa y escorbútica (Coussays, tés. cit.) (v. Neurosis).

»La sifilis constitucional se menciona tambien entre las causas de neuralgia, y hace poco que se ha referido un hecho que parece concluyente (*Gazette des hôpitaux*, n.° 7 de setiembre 1844). Sin embargo, es preciso no atribuir á una neuralgia los dolores producidos por una periostitis, un exóstosis, etc.

»*Neuralgias simpáticas.*—Se han multiplicado singularmente las neuralgias de esta especie: los autores refieren numerosos ejemplos en que las han producido el embarazo, la supresion de una hemorragia, de un flujo habitual, de un exutorio, de una úlcera, del sudor de los pies, de los lóquios, de las flores blancas, de una blenorragia; la desaparicion de una erupcion cutánea, del reumatismo y de la gota; una saburra gástrica (Sandras, Hamel), los vermes intestinales (Sauvages), y una afeccion visceral cualquiera. Pero tambien aqui conviene examinar severamente los hechos, pues los dolores que resultan de la compresion que ejerce sobre un nervio el útero en estado de plenitud, ó un tumor, de ningun modo constituyen una neuralgia; y ademas puede existir únicamente una simple coincidencia, donde se quiere descubrir una relacion de causa á efecto.

»Tratamiento.—En este párrafo solo haremos algunas breves consideraciones, puesto que estableceremos detenidamente la terapéutica que conviene á cada especie de neuralgias, al hacer la historia de ellas, y que el tratamiento general lo hemos espuesto al tratar de las Neurosis.

»El primer cuidado del médico debe ser averiguar, si la neuralgia es *idiopática*, *sinto-*

mática ó *simpática*. Es evidente que cuando la enfermedad corresponde á una de estas dos últimas clases, lo que debe combatirse es la causa patológica; pues modificando la composicion de la sangre (*clorosis*, *escorbuto*, etc.), espeliendo los entozoarios, restableciendo el sudor de los pies, el reumatismo, la gota, la hemorragia, el flujo ó la erupcion, que se han suprimido, ó empleando el tratamiento anti-venéreo (Reveille-Parise, *Bull. de therap.*, t. XIII, p. 112, etc.), es como se llegara á conseguir que cesen los dolores neurálgicos. Sandras, que considera la saburra gástrica como una causa frecuente de neuralgia, refiere hechos bastante numerosos, en que desaparecieron todos los síntomas con la administracion de un emético (*Bull. de therap.*, t. VIII, p. 65). Una neuralgia suborbitaria, que siguió á la desaparicion de un impétigo de la cara, se curó restableciendo la erupcion con las fricciones de pomada estibiada (Falret, *Journ. complem. des sc. méd.*, t. X, p. 282). «A veces, dice Halliday, hablando de la prosopalgia, vemos desaparecer la enfermedad al mismo tiempo que una ligera inflamacion crónica de cualquier víscera, que apenas parecia merecer nos ocupásemos de ella» (Halliday, *Considerations pratiques sur les nevralgies de la face*; p. 154, Paris, 1832). Esta proposicion puede aplicarse á todas las neuralgias. Es preciso siempre tener muy en cuenta el estado general del individuo y las condiciones que le rodean. «Cuando la enfermedad, dice Martinet, parece depender de la profesion que ejerce el individuo, de las localidades en que reside, de ciertas costumbres que le son comunes, de su género de vida y de las influencias atmosféricas á que se halla sugeto, es preciso colocarlo en condiciones opuestas, y aun aconsejarle que cambie de clima pasando á otro mas favorable, cuando la neuralgia es muy dolorosa, rebelde, y propende á invadir muchos nervios» (*Du traitement des nevralgies* en la *Revue méd.*, t. II, p. 53, 1834).

»Si el individuo es fuerte y pletórico, y la enfermedad va acompañada de fiebre, deberán usarse las sangrias generales ó locales, la dieta y un régimen vegetal ó lácteo; así como una alimentacion fortificante, los tónicos y los ferruginosos, cuando es débil y caquéctico.

»El tratamiento higiénico es de mucha importancia en la terapéutica de las neuralgias, y nunca será escesivo el cuidado que se ponga en este punto (v. Neurosis).

»Importa mucho tener en cuenta el curso de la enfermedad: si los accesos neurálgicos aparecen *periódicamente*, debe administrarse sin detencion el sulfato de quinina. Gillespie (*Arch. gén. de méd.*, t. VI, p. 113, 1834), Mazade (loc. cit.), y otros muchos observadores, refieren ejemplos de curaciones obtenidas por esta medicacion. Sin embargo, de 18 casos que exigian al parecer el sulfato de quinina, solo se curaron 6 y en 2 se obtuvo un alivio considerable, siendo imposible descubrir diferencias notables en cuanto á los caractéres de la enfermedad entre los casos de curacion y aquellos en que fue inútil el medicamento (Valleix, obr. cit., p. 680, 705).

»El sulfato de quinina se debe administrar desde luego á altas dosis, como si se tratase de una fiebre perniciosa (Piorry, *Memoire sur les nevralgies*; Reveille-Parise, *Bull. de therap.*, t. XIII, p. 101).

»En los casos en que este medicamento ha sido ineficaz, se ha obtenido á veces la curacion con las preparaciones arsenicales (Selle, Nesse, Hill, Lalaurie, *Journ. complem. des sc. med.*, t. XII, p. 327), el sub-carbonato de hierro (Duparcque, en la *Nouvelle Biblioth. médicale*, tomo III, p. 16, 1826), y la salicina (Seure, *Journal des conn. médico-chirurg.*, t. II, p. 41).

»Cuando la neuralgia es *idiopática*, ó es preciso combatirla prescindiendo de su causa, puede recurrirse á muchos medios internos y esternos, que vamos á indicar.

»*Tratamiento interno.*—En todas las neuralgias, sobre todo en las que afectan el tipo intermitente y en la prosopalgia, asegura Boudin haber obtenido muchas veces los mas prontos resultados con los *arsenicales* (R. ácido arsenioso, 2 granos; agua destilada, 2 cuartillos: para tomar 3 onzas, repetidas de dos á cinco y aun diez veces).

»Casi todos los *narcóticos* se recomiendan en las neuralgias; sin embargo, Valleix no ha podido comprobar una sola curacion bien evidente con el uso de estos medicamentos. El *opio* se usa poco, y algunas veces ha parecido agravar la enfermedad. No obstante, el *acetato de morfina* (1/8 á 1/4 de grano por toma, tres veces al dia) ha sido útil en ciertos casos, y Levret dice haber administrado con ventaja el opio á altas dosis hasta producir el narcotismo (*Acad. de med.*, sesion del 1.° de junio de 1841). La *belladona*, el *beleño*, el *datura estramonium*, que Wendestadt (*Bull. de ther.*, t. XII, p. 239) considera como el remedio específico de las neuralgias (estracto de semillas de estramonio 1/2 grano en jarabe de malvavisco, dos horas antes del acceso; Vaidy, *Journ. compl. des sc. méd.*, tomo VII, p. 181; Beglie, *Nouvelle biblioth. méd.*, t. III, p. 271), el *estracto de narciso* (Pourche, *Efemérides de Montpellier*, n.° de octubre de 1826), el de *acónito* (Tuallier, *Revue méd.*, n.° de enero de 1834), y la *cicuta*, han producido resultados variables. Estas diversas sustancias se prescriben á la dosis de 1/8 á 1/4 de grano por toma muchas veces al dia hasta que cese el dolor.

»Tambien se han preconizado los *anti-espasmódicos*, y los que se emplean mas comunmente son: la *valeriana*, el *éter*, el *almizcle*, el *castóreo*, el *zinc*, la *asafétida* y el *subnitrato de bismuto*. Grimaud ha publicado muchos casos de curaciones, obtenidas con unas píldoras compuestas de alcanfor, beleño negro y guayaco (*Nouv. journ. de méd.*, t. III, p. 320, 1818).

»Martinet recomienda mucho la *trementina*

(*Mem. sur l'emploi de l huile de terebenthine dans la sciatique et quelques autres nevralgies des membres*; París, 1823), y Rayer la ha usado con ventaja.

»Tambien cuentan partidarios el *kermes mineral*, el *tártaro estibiado*, la *ipecacuana*, el *aloes*, el *ruibarbo* y el *aceite de crotontiglio* (Lherminier, Newbigging, *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 350).

El doctor Odier, de Ginebra, hace cubrir todo el cuerpo de franela; coloca al enfermo entre dos mantas, y lo deja en este estado por espacio de tres dias, administrándole diaforéticos activos.

»No esforzaremos mas esta enumeracion, en la que pudieramos incluir casi toda la materia médica. Solo dos conclusiones pueden deducirse de cuantos esfuerzos han hecho los prácticos: que la neuralgia es una afeccion muy refractaria á la terapéutica, y que no se ha encontrado hasta ahora una medicacion que tenga una eficacia real y bien justificada.

»2.° *Tratamiento esterno.*—Los medios esternos tienen una accion mucho mas cierta y poderosa que los internos.

»*Tópicos.*—Se aconseja aplicar en la parte enferma *cataplasmas de belladona* y de *datura stramonium*, el hielo, ó por el contrario un pedazo de tafetan encerado cubierto con lana caliente, y hacer en el trayecto del nervio enfermo *lociones con una disolucion acuosa de belladona* (Todd, *Arch. gén. de méd.*, t. VIII, página 272, 1825; Henry, *Lond. med. journ.*, n.° de junio 1827; Leclerc, *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 602, 1828), con la tintura de *datura stramonium* (Kirckhoff, *Arch. gén. de méd.*, tomo XIV, p. 370, 1827; Jobert, loc. cit.), el *cianuro de potasio* (1 á 5 granos para 1 onza de agua: Lombard, *Arch. gén. de méd.*, tomo XXVI, p. 425, 1831; Blouquier, *Bull. de therap.*, t. VI, p. 283), y con el *agua cohobada de laurel real* (Bloglia, *Arch. gén. de méd.*, tomo III, p. 414, 1833: agua cohobada 3 dracmas; zumo de limon 3 onzas: una locion cada dos horas). Algunos autores prefieren las *fricciones* hechas con un cepillo ó un pedazo de franela, impregnados en el *aceite de crotontiglio*: (Joret, *Considerations therapeutiques sur l'huile de crotontiglium*, tés. de París, n.° 177, p. 17; 1833), en el *estracto de belladona* (Audibert, *Arch. gén. de méd.*, t. XVII, p. 602, 1828), en la esencia de trementina (Rayer, *Gazette des hôpit.*, n.° del 23 de febrero de 1830), en el *cianuro de potasa* (2 á 4 granos por onza de manteca: Lombard, loc. cit.), en las *pomadas de tártaro estibiado* y *de veratrina* (manteca 1 onza; veratrina 10 granos: Florent Cunier, *Bulletin de therap.*, t. XIV, p. 8; t. XV, p. 329), en el *bálsamo de Fioraventi* y en la *pomada de óxido blanco de plomo* (cerato 1 onza; óxido de plomo c. s. para saturar el cerato: Ouvrard, *Bull. de therap.*, t. VII, p. 37, 277; Millet, ibid., p. 164; Caussade, el mismo periódico, tomo XII, p. 93).

»La *medicacion endérmica* es ciertamente el medio mas eficaz que puede emplearse. Despues de descubrir una pequeña parte del dermis por medio de un vejigatorio, de la pomada de Gondret, etc., se aplica el hidroclorato de morfina (1/4 á 1/2 grano), el polvo (1 á 3 granos), ó la tintura (5 á 10 gotas) del datura stramonium ó de belladona (Trousseau, *Bull. de therap.*, t. I, p. 88). Todos los prácticos han obtenido buenos efectos de esta medicacion, pero es preciso, como aconseja Jobert (loc. cit., p. 657, 659), seguir al dolor en los puntos que ocupa sucesivamente.

»Algunos hechos recientes propenden á probar, que la *inoculacion sub-epidérmica*, practicada del mismo modo que se hace con la vacuna, es mas eficaz que el método endérmico. El doctor Lafargue ha obtenido muchas curaciones inoculando de este modo el sulfato de morfina (*Bull. de therap.*, t. XII, p. 130), ó la veratrina (Acad. de med., sesion del 11 de octubre de 1843); y el doctor Jacques ha curado por la inoculacion del sulfato de morfina una neuralgia, que se habia resistido mucho tiempo á todas las medicaciones, especialmente al método endérmico (*Journ. de méd.*, t. I, p. 86).

»Muchas veces han producido buen efecto los *vejigatorios volantes*, aplicados á los principales puntos doloridos. No es indiferente, dice Piorry (*Mémoire sur les nevralgies et leur traitement*), la forma que debe tener el emplasto epispático, pues conviene que sea estrecho, muy largo, y que se dirija segun el trayecto del nervio. En 52 casos en que formó este medio la base del tratamiento, se obtuvo la curacion 39 veces, 7 hubo un alivio notable, y solo 6 fue nulo su efecto. Valleix ha conseguido siempre con los vejigatorios curar pronto y radicalmente el mal, ó aliviarlo mucho (Valleix, obr. cit., p. 705, 706). Richerand calmó una neuralgia plantar, poniendo rubefactas las partes dolorosas con la aproximacion de carbones encendidos. Nosotros hemos hecho no pocas veces desaparecer los dolores por medio de un sinapismo aplicado al punto enfermo.

»La *cauterizacion trascurrente*, que se ha practicado con un éxito notable por Jobert (loc. cit., p. 636), es un medio poderoso y muchas veces heróico, cuya eficacia hemos visto en casos muy graves en que habia sido inútil toda clase de terapéutica; y la preferimos al moxa, empleado ya por los árabes, y en nuestros dias por Bourdier, Larrey, etc.

»La *electricidad*, que produjo buen efecto en manos de Reil, Wildberg, Haigton, Bailly, (*Arch. gén. de méd.*, t. IX, p. 70, 1825), y de otros muchos prácticos (Idem 2.ª série, t. VI), fue luego ineficaz en las de varios otros médicos; pero las observaciones modernas no permiten ya dudar de la utilidad de semejante medicacion. Magendie ha empleado muchas veces el galvanismo con un éxito completo, y hemos visto curaciones notables, obtenidas por este medio en la práctica de Andral (James, mem. cit.).

»Thonrel obtuvo buenos efectos de la aplicacion á la parte enferma de una chapa de acero imantada; pero la observacion no ha podido comprobar la eficacia de este medio. El doctor Bruck (*Gaz. méd.*, 1835, p. 826), asegura sin embargo, haber curado una neuralgia del plexo solar, con un pedazo de hierro imantado hasta una fuerza atractiva de tres libras, aplicado á la region epigástrica.

»La *acupuntura*, preconizada por Poullain (*Nouv. bibl.*, t. II, p. 324) y Cloquet, está generalmente abandonada en la actualidad.

»Por último, la incision y escision del nervio enfermo, son los medios estremos que se han usado en las neuralgias trifacial, cúbito-digital (Scarpa), ciática (Malagodi, *Arch. gén. de méd.*, t. VI, p. 114, 1834), y crural; pero muchas veces se reproducen los dolores al cabo de algun tiempo, ó aun casi inmediatamente despues de la operacion, antes que haya podido reunirse el nervio dividido (Scarpa, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 136, 1834).

»Naturaleza y clasificacion en los cuadros nosológicos.—Las neuralgias son unas neurosis de las sensaciones de la vida de relacion (neuralgias cerebro espinales) ó de la de nutricion (visceralgias y neuralgias del sistema nervioso de asociacion), no constituyendo por lo tanto mas que uno de los *géneros* de la clase de las neurosis. Al ocuparnos de estas hemos discutido varias cuestiones sobre la naturaleza de las neuralgias (v. Neurosis en general).

»Historia y bibliografia.—Aunque algunas neuralgias (facial, ciática) fueron conocidas y descritas por los antiguos, su historia general no data mas allá de Chaussier (*Tableau synoptique des neuralgies*), y hasta Valleix no se han estudiado de un modo completo. Coussays publicó en 1812 un trabajo (*De la nevralgie considerée en général*, tés. de París, 1812, número 160), que se ha copiado muchas veces. En 1818 apareció la tésis de Martinet (*Essai sur les nevralgies*; tés. de París, 1818, número 70) que está muy lejos de merecer la reputacion que se le ha dado, por la confusion patogénica que en ella se observa. La de Descot (*Disc. sur les affections locales des nervs.*, tés. de París, 1825), añade poco á la historia de las neuralgias, pudiéndose decir lo mismo de la de Jacob (*Diss. sur la nevralgie considerée en général*, tés. de París, 1829, n.° 190), que fue copiada en 1831 por Chastanier (*Diss. sur la nevralgie considerée en général*, tés. de París, 1831, n.° 162).

»En 1833 publicó Piorry una memoria, que contiene observaciones y consideraciones importantes (*Mem. sur les nevralgies et leur traitement* en la *Clinique médic. de la Pitié*; París, 1833); hallándose en la misma línea que la Memoria moderna de James (*Rech. theor. et prat. sur les nevralgies*, en la *Gaz. méd.*, 1840, página 170).

»Jobert (*Etudes sur le systeme nerveux*; París, 1838) ha ilustrado el estudio sintomático y terapéutico de las neuralgias con algunos materiales que deben consultarse.

»Valleix (*Traité des nevralgies*; París, 1841), es el primero que ha hecho una historia completa y lo mas satisfactoria posible, de las neuralgias consideradas en general. Empieza analizando la mayor parte de las observaciones sobre las neuralgias que posee la ciencia, trabajo sumamente penoso, y luego traza su descripcion; de cuyo valor ha podido juzgarse por las numerosas citas que de él hemos tomado. No aprobamos, sin embargo, que se haya detenido tan poco en el tratamiento de las neuralgias consideradas en general, y que haya separado de su cuadro las visceralgias.

»B. *Neuralgias de la vida de nutricion; neuralgias viscerales ó visceralgias.*

»La historia general de estas aun se halla por hacer, y hasta ahora no contiene la ciencia elemento alguno acerca del particular, lo que se prueba fácilmente, reflexionando que todavia en 1834 tuvo precision Jolly de entretenerse á probar la existencia de estas afecciones.

«Pregúntase, dice este autor, si existen neuralgias del sistema ganglionario, es decir, actos morbosos constituidos por la exageracion de la sensibilidad del aparato nervioso ganglionario. Nosotros contestaremos que la observacion anatómica, los esperimentos fisiológicos, y los hechos morbosos mejor justificados, prueban del modo mas positivo, que el trisplánico ejerce en union con los nervios cerebro-espinales, la influencia necesaria para el desempeño de los fenómenos vitales, y que ambos, aunque distintos en sus funciones, tienen entre sí una analogia notable de estructura ó de propiedades anatómicas, como tambien una correlacion evidente de fenómenos fisiológicos y patológicos.... Los nervios de la vida orgánica sienten y padecen á su modo, y aunque los dolores que se esperimentan en los órganos donde se distribuyen tales nervios, tengan un carácter particular, aunque ciertos dolores cardiacos, pulmonales, uterinos, intestinales, hepáticos, etc., no se parezcan en nada á los de las partes esternas; no por eso dejan de ser verdaderas neuralgias, que reconocen las mismas causas, siguen un curso idéntico y ceden á los mismos medios terapéuticos» (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, p. 41-43). Jolly deberia añadir, y que estan caracterizadas por la misma falta de toda alteracion apreciable del tejido nervioso.

»Síntomas.—«El dolor, dice este médico, no es tan franco ni dislacerante como en las neuralgias de la vida de relacion; es mas obtuso, y las mas veces se presenta por la mañana, y parece exigir ademas para su desarrollo, circunstancias patológicas especiales» (*Sur les nevralgies du systeme nerveux ganglionaire* en la *Nouvelle biblioth. méd.*, t. II, p. 310, 1828).

»Pero estas proposiciones son demasiado absolutas; pues los dolores son atroces en ciertas visceralgias: Schmidtmann, dice, que el dolor de

la gastralgia puede ser bastante violento para producir el delirio y las convulsiones (*Summa observationum medicarum ex praxi clinica triginta annorum depromptarum*, t. III, ch. 9, p. 30; Berlin, 1819-1830). Uno de nosotros ha referido la observacion de un enfermo atacado de gastro-enteralgia, cuyos dolores eran atroces, intolerables y determinaban convulsiones generales. «Este enfermo, dotado de grande energía moral y de mucho ánimo, daba gritos horribles, se revolcaba en el suelo, desgarraba sus vestidos con las manos ó los dientes, siendo tales sus padecimientos, que le hicieron pensar muchas veces en el suicidio.» En otra ocasion hemos observado en una jóven una neuralgia del corazon, acompañada de un dolor, cuya violencia era mayor que en la pericarditis mas aguda (L. Fleury, *Reflexions et observations pour servir au diagnostic des nevralgies viscerales*, en el *Journ. de méd.*, n.º de abril, de 1843).

»El dolor se reproduce por accesos, los que, ora sobrevienen sin causa alguna determinante apreciable, ora por efecto de una emocion moral viva, de un modificador higiénico (alimentacion en la gastralgia), ó fisiológico (coito en la histeralgia).

»Solo rara vez, y cuando la enfermedad es intensa y muy antigua, esperimentan los enfermos un dolor contínuo, ó mas bien una exaltacion permanente de la sensibilidad (gastralgia, histeralgia); pues casi siempre es completa la intermitencia de los dolores; lo que se esplica perfectamente por la fisiologia, pues es sabido, que, á no existir un estado patológico, participa poco el sistema nervioso ganglionar de los fenómenos de la sensibilidad.

»Hasta ahora no se han comprobado puntos doloridos circunscritos en las visceralgias: el dolor se percibe en todo el órgano, y se halla esparcido en él uniformemente. La presion suele exasperarlo durante los accesos; pero tambien es evidente que le disminuye muchas veces, y jamás le provoca.

»Los dolores se exasperan ó provocan con frecuencia por el ejercicio de ciertas funciones, como el de la digestion en la gastralgia, el de la respiracion en la neuralgia cardiaca, etc.

»*Desórdenes funcionales de la parte enferma.*—Los desórdenes patológicos de este órden son siempre graves, y ocupan un lugar importante en el estudio de las visceralgias. Las funciones del órgano afecto se hallan constantemente pervertidas; pero es imposible hacer una descripcion general bajo este aspecto, porque los trastornos funcionales varian tanto como el sitio de la enfermedad. Así es, que en la gastralgia hay vómitos, y las digestiones son laboriosas y dolorosas; en la cardialgia, los latidos del corazon son tumultuosos, irregulares y violentos; en la enteralgia hay diarrea, ó al contrario estreñimiento; en la histeralgia son las reglas irregulares, estan disminuidas ó abolidas; en la neuralgia de la laringe se observan diversas alteraciones de la voz, etc. Estos desórdenes funcionales pueden ser ligeros ó muy intensos.

»*Desórdenes funcionales generales.*—«Se manifiestan especialmente, dice Jolly, en las neuralgias ganglionares fenómenos de reaccion, dando lugar al aparato febril que constituye las fiebres intermitentes en general, y fácilmente se concibe la razon, reflexionando que el sistema circulatorio está casi esclusivamente bajo la dependencia del aparato nervioso ganglionar.» Pero esta proposicion no es completamente exacta, pues las visceralgias muchas veces no producen ningun trastorno general. Hay enfermos que no tienen fiebre ni enflaquecen en muchos años, y la misma gastralgia no siempre es una escepcion de esta regla. Sin embargo, en algunos casos, cuando los dolores son muy agudos (*histeralgia*), y los fenómenos intermitentes de la digestion intensos, y se renuevan con frecuencia (*gastralgia*, *hepatalgia*), se observa una pequeña fiebre contínua con exacerbaciones por las tardes, ó una lenta nerviosa, que conduce á veces á los enfermos á un marasmo considerable.

»Los padecimientos del sistema nervioso ganglionar reaccionan siempre mas ó menos sobre el sistema cerebro-espinal, y los enfermos se vuelven irascibles, inquietos é hipocondriacos. Todo lo que hemos dicho al hablar de la gastralgia (véase *Enfermedades del estómago*) puede aplicarse á las demas neuralgias viscerales.

»Curso, duracion y terminacion.—El curso de las visceralgias es generalmente irregular; pues despues de adquirir una violencia muy considerable, desaparecen á veces de pronto, para presentarse en seguida en un grado variable; es muy raro que los accesos se reproduzcan periódicamente: ora estan separados por intervalos muy cortos, ora, por el contrario, se manifiestan tan solo una, dos ó tres veces al año (L. Fleury, mem. cit., obs. 1). Su duracion es variable, pero generalmente larga. La enfermedad cambia muchas veces de sitio, y ocupa sucesivamente diferentes órganos (*estómago, corazon, hígado, útero*, etc.); siendo mas raro que alterne con las neuralgias de la vida de relacion (L. Fleury, obra citada, observacion 2).

»Las neuralgias por sí solas jamás producen la muerte; mas ¿no podrán cuando son muy antiguas desarrollar una alteracion orgánica en la víscera enferma? Difícil es responder á esta pregunta de un modo positivo. Cuando una afeccion orgánica sucede á desórdenes funcionales puramente nerviosos, ¿son estos la *causa* de aquella, ó solamente los primeros síntomas de una lesion de estructura que todavía no ha podido apreciarse? (v. Gastralgia).

»Diagnóstico, pronóstico. — Diversas circunstancias hacen muy difícil en general el diagnóstico de las neuralgias viscerales. «El dolor es vago y difuso á causa del modo como

se distribuyen los nervios en los órganos; su asiento no puede determinarse con precision, y no tiene una direccion fija ni caractéres bien marcados.»

»Por otra parte, participando el órgano mas ó menos del padecimiento de los nervios, y ejerciendo estos una influencia directa en las funciones de aquel, se manifiestan síntomas graves y desórdenes funcionales, que pueden hacernos suponer alteraciones orgánicas que no existen.

»Es fácil sobre todo el error, cuando tenemos que decidirnos en un primer exámen, como sucede, por ejemplo, en una consulta. En este caso es preciso tener en cuenta todos los pormenores por insignificantes que parezcan, y someter el enfermo á un largo y minucioso interrogatorio: algunas veces se llega entonces á deducir el diagnóstico de la comparacion de circunstancias y de hechos, que al principio no parecian tener parte alguna en el mal, ni conexion entre sí.

»No hay duda de que, observando el curso de la enfermedad, se llega por lo comun á descubrir algunos caractéres que son propios de todas las neuralgias, é indican la naturaleza de la afeccion. La intermitencia de los dolores y desórdenes funcionales; las circunstancias que determinan la desaparicion y vuelta de los síntomas; la influencia, asi de ciertos agentes higiénicos, como de las afecciones morales, y los medios terapéuticos que nos vemos obligados á ensayar, nos conducen al cabo de un tiempo mas ó menos largo al verdadero diagnóstico; pero hasta que se consigue establecerlo ¡cuánto no sufre el enfermo, y cuánta no es la perplegidad del práctico! (L. Fleury, mem. cit).

»Al pronto es imposible en ciertos casos reconocer, si es una visceralgia ó una afeccion orgánica la que existe, y en general hay mas propension á decidirse por esta que por la primera. Los prácticos poco esperimentados é instruidos cometen muchas veces este error, persisten en él, forman un pronóstico funesto, y obcecándose en una terapéutica ineficaz ó nula, se prolonga la neuralgia, pierden los enfermos la paciencia, y se valen de charlatanes, los que á veces consiguen una curacion que se creia imposible con un tratamiento empírico é infundado. A resultados de esta especie deben la homeopatia, el magnetismo, el método de Leroy, el sistema de Benech, y tantas otras monstruosidades médicas, la inmerecida confianza que les conceden algunas personas.

»Las visceralgias pueden generalmente conocerse por el método de esclusion: si despues de haber comprobado la falta de síntomas generales, y empleado los medios conocidos de esploracion (*palpacion y percusion para la gastralgia y la hepatalgia*; *percusion y auscultacion para la cardialgia; palpacion*, *percusion*, *tacto*, *y aplicacion del especulum para la histeralgia*, etc.), no se obtienen mas que resultados negativos, puede decirse con casi completa seguridad que existe una visceralgia.

»Sin embargo, es preciso no olvidar que las alteraciones orgánicas van precedidas á veces mas ó menos tiempo de alteraciones, que no pueden referirse á lesion alguna apreciable (véase TERMINACION). Asi es que, antes que se manifieste el cáncer del estómago ó del útero, sobrevienen fenómenos gastrálgicos ó histerálgicos, y palpitaciones nerviosas antes de la hipertrofia del corazon, etc. Debe, pues, el práctico examinar con frecuencia al enfermo, para modificar su diagnóstico á medida que se presenten fenómenos nuevos.

»En resúmen, se halla espuesto el médico á tomar una visceralgia por una lesion orgánica y vice-versa. Para librarse de estos dos escollos igualmente peligrosos, necesita recurrir á un exámen detenido y contínuo, y á cuantos medios de esploracion nos suministra la ciencia moderna.

»El PRONÓSTICO de las visceralgias no es grave, sino con relacion á lo mucho que probablemente duran.

»CAUSAS.—Atacan con preferencia á las mujeres, á los niños y á las personas nerviosas, débiles, estenuadas por trabajos escesivos, por una alimentacion insuficiente, y á las que se hallan en la convalecencia, sobre todo de las fiebres graves. Las visceralgias pueden ser *idiopáticas*, *sintomáticas* ó *simpáticas*.

»1.° *Visceralgias idiopáticas.* — Muchas veces sobrevienen sin causa conocida; pero comunmente dependen de modificaciones apreciables, cuya naturaleza varia con el órgano afecto. Asi es que el abuso de la dieta, del régimen vegetal y lácteo, y ciertas condiciones atmosféricas producen la gastralgia; las emociones morales vivas, el abuso del té, del café, y los escesos venéreos, la neuralgia cardiaca, y el coito escesivo y la masturbacion, la histeralgia, etc.

»2.° *Visceralgias sintomáticas.*—Los vómitos nerviosos y rebeldes, que tan á menudo se observan en la convalecencia de la fiebre tifoidea, ofrecen un notable ejemplo de esta especie de visceralgias: tambien deben enumerarse los vómitos nerviosos sintomáticos de las alteraciones generales específicas, que constituyen la intoxicacion saturnina, el sarampion, las viruelas, el muermo, la fiebre intermitente, etc.; las palpitaciones nerviosas que se observan en la clorosis, etc.

»3.° *Visceralgias simpáticas.*—La gastralgia acompaña con frecuencia á las afecciones del útero; la hepatalgia es producida muchas veces por las enfermedades del estómago, de los intestinos, etc.

»TRATAMIENTO. — Es el mismo que el de las neuralgias de la vida de relacion; en ambas se emplean medios idénticos; de modo que solo podriamos repetir aqui lo que anteriormente queda dicho (v. *Neuralgias de la vida de relacion*).

»NATURALEZA Y CLASIFICACION. — Las visce-

ralgias son neurosis del sentimiento de la vida de nutricion, y ya en otro lugar hemos establecido su naturaleza (v. Neurosis en general).

»Hemos espuesto en este capítulo algunos caractéres diferenciales, que separan las visceralgias de las neuralgias de la vida de relacion, y las consideraciones especiales que se refieren al diagnóstico de las primeras; consideraciones que son de mucha importancia para el práctico, y que nadie, sin embargo, habia mencionado. Llamamos, pues, la atencion de los observadores sobre unas enfermedades que ofrecen tanto interés, y que hasta ahora apenas se hallan indicadas en las obras de patologia, ni han sido objeto de ningun escrito de consideracion» (Mon. y Fl., *compendium*, etc., t. VI, p. 172 y sig.).

CAPITULO II.

De las neuralgias en particular.

A. Neuralgias de la vida de relacion.

ARTICULO I.

Neuralgia de la cara.

»Preferimos con Halliday (*Considerations pratiques sur les neuralgies de la face*, París, 1832, p. 3) esta denominacion á la de *neuralgia facial* propuesta por Chaussier, porque esta parece aplicarse de una manera particular, y hasta cierto punto esclusiva, á la neuralgia del *nervio facial*.

»Sinonimia.—*Gesticulacion dolorosa*, de André; *Enfermedad de la cara*, de Pujol; *Dolor faciei*, de Fothergill; *Prosopalgia nervosa*, de Reil Ploucquet; *Neuralgia faciei*, de Good; *Antalgia dolorosa*, de Young; *Prosopalgia*, de Swediaur; *Dolor faciei typico charactere*, de Siebold; *Dolor periodicus*, de Monro; *Trismus dolorificus*, *trismus maxillaris*, de Sauvages; *Febris topica*, de Van-Swieten; *Ophtalmodynia periódica*, de Plenck; *Neuralgia facial*, de Chaussier, y *Neuralgia de la cara*, de Halliday.

»Definicion. — La neuralgia de la cara es una enfermedad, caracterizada por un dolor muy vivo, irregular, intermitente y á veces periódico, que sigue la direccion de una ó muchas de las ramificaciones nerviosas que se distribuyen por la cara, sin que haya síntomas de reaccion general ni de flegmasia local.

»Division. — La neuralgia de la cara puede afectar aisladamente cualquiera de los ramos nerviosos que se distribuyen por ella, presentando asi caractéres particulares relativos al sitio que ocupa; pero estos caractéres únicamente se encuentran en la manifestacion sintomática de la enfermedad, de la cual haremos una descripcion general, estableciendo únicamente las divisiones en la sintomatologia. ¿Puede existir la neuralgia de la cara en el *nervio facial*? Mas adelante espondremos nuestra opinion acerce de este punto. Por de pronto nos limitaremos en este artículo á describir la neuralgia del nervio trifacial, y en el inmediato haremos algunas consideraciones sobre lo que se ha llamado neuralgia facial.

»Dividiremos la neuralgia trifacial en tres géneros, correspondientes á la disposicion anatomica del quinto par, y describiremos una neuralgia *oftálmica*, una neuralgia *maxilar superior*, y otra *maxilar inferior*, comprendiendo en cada género muchas especies. Esta division, fundada en la anatomia, es preferible á la de Chaussier, que establecida sobre algunos hechos, no abraza los que se han presentado despues á la observacion. Habia distribuido este autor las neuralgias en *frontal*, *suborbitaria y maxilar*. Tampoco creemos que deba dividirse la neuralgia de la cara, como hace Bellingeri (*Annal. universali di medicina*, abril, 1834), segun su naturaleza, en neuralgia *inflamatoria*, *irritativa y nerviosa*, subdividiendo la primera en tres variedades, que son la *sanguinea*, la *flogística*, y la *reumática*.

»Alteraciones anatómicas.—Como en todas las afecciones de la naturaleza de la que nos ocupa, nada nos enseña la anatomia patológica acerca de las alteraciones que pueden constituir la neuralgia de la cara. Fundándose algunos autores mas bien en inducciones que en la observacion, han creido que los cordones nerviosos que habian sido asiento de la enfermedad estaban rojos, hinchados é infiltrados; pero las minuciosas disecciones de Abernethi, de Bichat y de Blackett han demostrado cuan poco fundadas eran semejantes aserciones: «Todo esto se habrá dicho tal vez de buena fé; pero es completamente falso, pues hasta ahora nada se ha encontrado en tales nervios» (Halliday, loc. cit., p. 119). En algunos casos á la verdad se han hallado en el cráneo, en las inmediaciones del tronco del quinto par, alteraciones que habian producido la atrofia, la compresion, el reblandecimiento y la inflamacion de este cordon nervioso; y Fribaut y Marechal han visto el orígen del trigémino comprendido en una masa lardácea, que comprimia la protuberancia anular. Tyrrel ha encontrado dos tumores fungosos de la dura madre, que comprimian los nervios maxilares superior é inferior. Montault ha visto el tronco del trigémino infiltrado, aplanado y comprimido por un tumor del volúmen de una nuez, situado en la base del cráneo. Pero como observa con razon Berard (*Dict. de méd.*, Neuralgia de la cara), estas lesiones no constituyen los caractéres anatómicos de la neuralgia, asi como un tubérculo del cerebro no forma tampoco el carácter anatómico de la epilepsia, aunque pueda determinar accesos epilépticos.

»Diremos, sin embargo, que la contusion, la picadura ó dislaceracion, de un ramo nervioso de la cara, ha sido algunas veces causa inmediata del dolor neurálgico.

»Sintomatologia.—*Neuralgia de la cara en general*. — La neuralgia de la cara está esencialmente caracterizada por un dolor intermi-

tente: cuando este ha llegado á manifestarse una vez, se reproduce, despues de haber durado mas ó menos tiempo, con intervalos por lo comun muy cortos. El tiempo que dura cada vez constituye un *acceso*; cesando el dolor luego que se han manifestado cierto número de estos, y no volviendo á presentarse sino despues de un espacio de tiempo muy variable: la reunion de los accesos constituye un *ataque*. Los ataques distan mas entre sí que los accesos Para trazar una descripcion completa de la enfermedad, estudiaremos por separado. A. *La invasion del mal*. B. *Los síntomas de los accesos*. C. *Su curso y duracion*. D. *Su terminacion*. E. *Sus intervalos y reproduccion*. F. *El curso, la duracion y terminacion de los ataques*. G. *Sus intervalos y reproduccion*. H. *El curso y la duracion de la enfermedad*. I. *Sus terminaciones*.

»A. *Invasion de la neuralgia de la cara.*—La enfermedad empieza comunmente de un modo repentino, con la rapidez de la chispa eléctrica, durante el sueño, ó por efecto de una emocion moral viva, sin que se anuncie su invasion por ningun prodromo. En algunos casos, bastante raros, esperimentan los enfermos durante un tiempo variable, antes que aparezca la neuralgia, cefalalgias rebeldes, odontalgias y dolores erráticos en la cabeza ó en diversas partes del cuerpo. Pujol ha observado una neuralgia de la cara que sucedió á un absceso de la megilla, y se han visto casos en que esta enfermedad ha reemplazado á la neuralgia fémoro-poplítea. El primer acceso no tiene los caractéres que presentan los que le suceden, ni los iguala nunca en intensidad: ora consiste tan solo en punzadas vivas y pasageras, ora en un dolor sordo contínuo, y que se va aumentando hasta hacerse intermitente. La enfermedad empieza algunas veces por una hinchazon muy dolorosa de la megilla, y hasta que esta se disipa, no aparece la neuralgia con los caractéres que le son propios (Boyer, *Traité des maladies chirurg.*, t. VI, p. 334).

»B. *Síntomas de los accesos.*—Se manifiesta un dolor vivo en un punto mas ó menos limitado de la cara, que sigue en todos los casos con mayor ó menor exactitud, la direccion de los ramos nerviosos que se distribuyen en la parte enferma: este dolor se circunscribe casi constantemente á uno de los lados de la cara; es raro que se presente en ambos á la vez, y lo es igualmente que cambie de sitio, sea de un modo espontáneo ó despues de hecha la seccion del nervio. El lado derecho se halla atacado con mas frecuencia que el izquierdo. Rennes dice sin embargo haber observado muchos ejemplos de neuralgia frontal doble, y otros en que la enfermedad pasaba de un lado á otro.

»El dolor es susceptible de presentar todos los caractéres que se asignan á esta sensacion; pudiendo ser dislacerante, lancinante, quemante, pulsativo, perforante, etc.: á unos les parece que se les abre la cabeza, y á otros que les clavan una cuña por medio de golpes isocronos con los latidos de las arterias: los sufrimientos que determina el dolor prosopálgico son muy atroces, y ningun otro se le puede comparar bajo este aspecto. Ora se manifiesta de repente con su mayor intensidad; ora solo llega á este punto por grados en un espacio de tiempo variable, unas veces casi inmediatamente despues de su aparicion, y otras hácia la mitad del acceso. Llegado ya á todo su incremento, sume á los enfermos en un estado que es imposible describir: unos se revuelcan por el suelo, se golpean la cabeza, muerden las almohadas, hacen contorsiones horribles y lanzan gritos lastimeros; otros se quedan inmóviles, sin voz ni movimiento, con el cuerpo contraido sobre sí mismo, y los miembros en la posicion en que los cogió el acceso, sin atreverse á pronunciar una sola palabra ni ejecutar el mas ligero movimiento; y algunos ponen fin, por medio del suicidio, á unos padecimientos que les parecen intolerables. El dolor se exaspera comunmente por la presion cuando esta es ligera: Leydig ha visto, sin embargo, un enfermo que se aliviaba cuando se le hacian con el dedo fricciones suaves en las partes enfermas. Pero cuando se ejerce una presion enérgica en el tronco nervioso, que es el asiento de la neuralgia, se calma comunmente el dolor, ó desaparece enteramente.

»La cara está rubicunda y animada, ó bien pálida y lívida; sus músculos se hallan á veces contraidos, en términos de producir la distorsion de la nariz, de la boca, y formar gestos horrorosos; las cejas estan retraidas, los párpados muy comprimidos, la comisura de los labios dirigida hácia la oreja, y la mandíbula inferior deprimida ó muy apretada contra la superior. En ciertos casos se observan verdaderas convulsiones; y nosotros hemos visto un enfermo, en quien se habian hecho permanentes los movimientos convulsivos, siendo tan solo menos frecuentes y pronunciados en los intervalos que separan los accesos. Háse observado una vez, que las convulsiones ocupaban el lado de la cara opuesto á la neuralgia. Los movimientos convulsivos no suelen manifestarse sino cuando el mal tiene ya cierta antigüedad. Al principio, y durante un tiempo mas ó menos largo, la parte enferma conserva su aspecto natural, ó presenta únicamente un poco de hinchazon ó de rubicundez.

»El dolor puede propagarse al cuello, y en ciertos casos abandona tambien su asiento primitivo, y se presenta en los hombros, los brazos, antebrazos y aun en la matriz, sobreviniendo entonces accesos histéricos ó epileptiformes con intervalos mas ó menos largos (Jobert de Lamballe, *Etudes sur le systeme nerveux*; París, 1838, t. II, p. 653).

»Durante los accesos es la respiracion lenta y está como suspendida, la circulacion no se halla comunmente alterada, y el pulso es tambien á veces mas lento.

«No se observa vestigio alguno de fiebre, dice Halliday, y el pulso conserva en medio de la intensidad del dolor su ritmo natural» (loc. cit., p. 108). No obstante, Rennes ha visto sobrevenir muchas veces, á poco vivo que fuera el dolor, un verdadero estado febril, que empezaba por escalofrios y terminaba por sudores ligeros (*Observations et reflexions sur trente-deux cas de nevralgie frontale*; en *Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. XI, p. 156). J. Frank y Bellingeri han observado, que las arterias inmediatas á la parte enferma estaban mas tensas, resistentes y latian con mas fuerza; y Van-Swieten (*Comment. in Aphor.* Boerh., §. 757), asegura tambien, que se aumenta el número de las pulsaciones arteriales; pero apenas puede concebirse esta fiebre local independiente de la influencia de las contracciones del corazon.

»Cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, se hipertrofia algunas veces el lado afecto de la cara, y en otros casos se la ha visto por el contrario atrofiarse, limitándose la demacracion á un lado, mientras que el otro conserva su nutricion natural; lo cual da á la fisonomia una espresion rara y particular, que basta por sí sola para revelar una prosopalgia.

»Los síntomas que acabamos de referir de una manera general, se modifican y presentan caractéres especiales, segun que la neuralgia afecta tal ó cual ramo nervioso; por lo que pasaremos á estudiarlos en sus diferentes tipos, siguiendo la division anatómica que dejamos establecida al principio de este artículo.

»A. *Neuralgia del ramo oftálmico.*—1.º *Neuralgia de este mismo tronco.*—La neuralgia oftálmica se siente sobre todo en el fondo de la órbita: les parece á los enfermos que les arrancan ó comprimen el ojo, cuyo órgano, ora se presenta abultado y prominente, ora hundido y dirigido hácia fuera ó adentro; está habitualmente lloroso, sobreviniendo en ciertos casos una abundante secrecion de lágrimas acres y quemantes, y por último se inyecta. La vision se halla comunmente alterada durante los accesos; se debilita cuando se prolonga la enfermedad, y aun puede perderse enteramente. Berard atribuye una parte de estos síntomas á la afeccion de los nervios ciliares, que en gran parte provienen del quinto par. El dolor, cuyo foco reside siempre en la órbita, se propaga á veces á la ceja, á la nariz y á las encías.

»2.º *Neuralgia lagrimal.*—Halliday considera la siguiente observacion de Masius (*Hufeland's journal* bd. XXV, p. 25) como un ejemplo de neuralgia limitada al nervio lagrimal; nosotros ignoramos que haya en la ciencia un caso análogo. Esperimentó un hombre despues de comer una comezon en la parte superior del ojo derecho, que al cabo de algunos minutos se convirtió en un violento dolor, el cual desde entonces apareció por accesos, con todo los caractéres de una neuralgia. Este dolor empezaba en la órbita, propagándose por la sien y la megilla hasta el menton; el ojo salia fuera de la órbita casi hasta el nivel del pómulo, y no tardó en sobrevenir un ectropion completo.

»No dudamos se juzgará con nosotros, que este hecho no contiene bastantes pormenores para que pueda deducirse el asiento preciso del mal.

»3.º *Neuralgia frontal, frontal esterna ó suborbitaria.*—La neuralgia del nervio fronto-palpebral es una de las mas frecuentes: el dolor empieza por lo comun al nivel del agujero supra-orbitario, y desde aqui se estiende siguiendo el trayecto de las ramificaciones nerviosas á la frente, la ceja, los párpados y á todo el lado correspondiente de la cara. Los párpados estan cerrados, el ojo rubicundo y lloroso; percibiéndose á veces un dolor sordo en el seno frontal del lado enfermo; la mucosa olfatoria se halla seca. Esta neuralgia es la que ocasiona con mas frecuencia movimientos convulsivos de los músculos de la cara. En muchos enfermos que padecen neuralgias supra-orbitarias estan mas erizados los cabellos del lado afecto, son mas duros, espesos, y crecen con mas rapidez que los del opuesto, y en otros por el contrario, se van cayendo poco á poco.

»4.º *Neuralgia frontal interna.*—Halliday considera como un ejemplo de neuralgia frontal interna una observacion de Barbarin (*Diss. sur la neuralgie faciale*; París, 1817, núm. 15), en la cual existia el dolor al nivel del seno frontal izquierdo, en el ángulo nasal de este mismo lado, y en el fondo de la órbita: el ojo estaba rubicundo, hinchado y lloroso, y la nariz, seca en lo mas fuerte del acceso, suministraba al principio y fin del mismo una escrecion abundante de moco espeso y amarillento.

»Tambien es dificil afirmar, si no perteneceria esta neuralgia á la rama frontal esterna ó á la oftálmica.

»5.º *Neuralgia nasal esterna.*—Meglin (*Recherches sur la neuralgie faciale;* Strasbourg, 1816) refiere la historia de un hombre, que esperimentaba un dolor terrible, que empezando en la parte media de la ceja del lado derecho, descendia oblícuamente al ojo y á la parte media de la nariz, en donde se fijaba: este dolor, dice Berard, *podia ser* una neuralgia nasal esterna.

»B. *Neuralgia del ramo maxilar superior.*—1.º *Neuralgia dentaria posterior.* — En esta se siente el dolor al nivel de las últimas muelas superiores, y se propaga á lo interior de la boca y á la megilla: el lado correspondiente de la cara está hinchado, y frecuentemente agitado de movimientos convulsivos, sobre todo de los músculos bucinador y masetero; á veces existe una contraccion tetaniforme de la mandíbula inferior, observándose siempre un tialismo mas ó menos abundante. Duval (*Observ. sur quelques affections de la face, considerées dans leur rapport avec l'organe dentaire*; París, 1814) refiere muchos ejemplos de esta variedad.

»2.º *Neuralgia suborbitaria.*—El dolor se percibe al nivel del agujero suborbitario por

debajo del párpado inferior, ocupando la megilla, la sien, la mitad correspondiente de la nariz y del labio superior, una parte de la frente, y estendiéndose á veces al seno maxilar, los dientes, la oreja, el paladar, la campanilla, la base de la lengua y la faringe (Montfalcon, *Dict. of med.*, t. XXXV, p. 523). El autor que acabamos de citar describe como fenómenos locales secundarios de esta neuralgia, el aumento del moco nasal, la caries, la rotura de los dientes, la paralisis ó el temblor convulsivo de los músculos de la cara, y las contracciones involuntarias de las megillas y de los labios. Algunas veces se siente el dolor en la parte posterior del ojo, obligando, por decirlo así, á este órgano á internarse mas en la órbita, y produciendo una secrecion abundante de lágrimas (Halliday, loc. cit., p. 47); en otros casos se estiende á la coronilla, al occipucio y al cuello. Cualquiera que sea la estension que ocupe el dolor, su punto de partida y asiento principal son siempre las partes en que se distribuye el nervio suborbitario.

»La palabra es en ciertos casos difícil, y la masticacion y los movimientos de la mandíbula imposibles.

»La neuralgia suborbitaria produce algunas veces fenómenos muy raros. Léese en Leydig (*Doloris faciei dissecto infra-orbitali nervo profligati historia*; Heidelberg, 1808), que «el dolor se difundia con la velocidad del rayo por los párpados y el globo del ojo, por todo el lado derecho de la nariz, y la parte correspondiente del labio superior; los músculos de todos estos puntos estaban agitados de movimientos convulsivos, retrayendo hácia arriba el ala de la nariz y el ángulo de la boca del lado derecho; al mismo tiempo que estaban contraidos los labios, y la boca formaba prominencia hácia este mismo lado. Estos movimientos clónicos musculares no cesaban hasta que desaparecia el dolor, y despues de correr *cuatro lágrimas*, y de salir por la ventana derecha de la nariz una materia mucosa, viscosa y blanquecina. Observábase ademas el singular fenómeno de que, durante los mas violentos dolores, agitaba el enfermo con vivacidad la punta de su lengua entre los labios contraidos, cuyos movimientos le aliviaban algun tanto.»

»C. *Neuralgia del ramo maxilar inferior.* 1.º *Neuralgia lingual.*—Brewer (*Biblioth. german*, t. V, p. 55), refiere la historia de un viejo, en quien ocupaba el dolor la parte mas ancha de la lengua en el lado izquierdo, determinando contorsiones penosas, que no tenian ninguna apariencia de espasmo. Un hecho análogo se halla inserto en el segundo cuaderno de las *Memorab. clin.* de Reil (Halliday, loc. cit., p. 72).

»2.º *Neuralgia auricular anterior.*—El dolor ocupa la sien, y sigue la direccion de los ramos de la arteria temporal.

»3.º *Neuralgia bucal.*—El dolor reside en el temporal y el bucinador, y se irradia siguiendo las ramificaciones del sétimo par; circunstancia que importa tener en cuenta como luego veremos.

»4.º *Neuralgia mentoniana.*—Es la mas frecuente de las neuralgias del ramo maxilar inferior. El dolor se manifiesta al nivel del agujero mentoniano, y se estiende á los labios, alvéolos, dientes, á las sienes, y por debajo del menton; sube por el conducto maxilar; se detiene algunas veces precisamente en la línea que va desde la sínfisis al tabique de las fosas nasales; pero se propaga á toda la megilla, al hueso malar y á la parte esterna y anterior de la oreja: los músculos superciliares y orbiculares se contraen con fuerza; las comisuras de los labios, retraidas hácia atrás y arriba, dan á la boca el aspecto de la risa sardónica, y la mandíbula, ora está inmóvil, ora desviada por las contracciones irregulares de los músculos (Montfalcon, loc. cit., p. 528), Halliday habla, con referencia á André, de un enfermo que no podia mascar, y hacia los gestos mas horrorosos al tiempo de la deglucion, viéndose precisado á tener contínuamente apoyado el menton sobre un punto sólido.

»Descritas ya por separado las diversas formas de neuralgias de la cara establecidas por los autores, debemos prevenir al lector, que es muy raro observar los tipos con un carácter tan preciso; pues casi nunca se circunscribe la enfermedad con tanta exactitud á los límites anatómicos de un solo ramo nervioso, ocupando en la mayoría de los casos todo un lado de la cara. Las neuralgias frontal, dentaria posterior, suborbitaria y mentoniana, son las que se presentan con caractéres mas marcados, y las que mas se limitan á los puntos que les hemos asignado.

»C. *Curso y duracion de los accesos.*—El curso de los accesos es variable: ora se manifiestan los síntomas desde el principio con su mayor intensidad, siguiendo de este modo hasta el fin; ora se aumentan progresivamente durante una parte del acceso, conservan luego algun tiempo su mayor violencia, y últimamente disminuyen por grados, siendo en general mas rápido el período de declinacion que el de aumento; y ora en fin, presentan durante un solo acceso remitencias mas ó menos regulares (Rennes, loc. cit., p. 160).

»La duracion de los accesos varia singularmente: al principio de la enfermedad es apenas de algunos segundos hasta uno ó dos minutos; se hace mas considerable á medida que la afeccion se prolonga y agrava; pudiendo ser entonces de un cuarto de hora, de media y aun de una hora, pero casi nunca mas larga (Halliday, Berard). Léese, sin embargo, en la memoria de Rennes, que «la duracion de los accesos no tenia nada de fijo, pero no *pasaban de veinticuatro horas*» (loc. cit., p. 161). Este médico quiso hablar sin duda del *ataque* neurálgico, es decir, de la reunion de accesos que se manifiestan en el espacio de uno ó dos dias, para no

volverse á reproducir sino al cabo de un tiempo mas ó menos largo. La duracion de los accesos en general está en razon inversa de su violencia.

»D. *Terminacion de los accesos.*—Unas veces terminan los accesos de repente, y otras van disminuyendo poco á poco los síntomas.

»E. *Intervalos y reproduccion de los accesos.*—Los accesos se reproducen con intervalos muy variados; pues ora se observan tres ó cuatro en el espacio de una hora ó de un dia; ora se suceden con una rapidez estremada, habiéndose contado hasta ciento en el espacio de veinticuatro horas. Su número aumenta á medida que la enfermedad se hace mas antigua y grave. Al principio no existe á veces mas que un *acceso*, que constituye entonces por sí solo un *ataque*.

»Cuando los accesos estan separados por un espacio de tiempo algo considerable, y no son muy violentos, todos los síntomas desaparecen en los intervalos, y el enfermo no siente ya ningun dolor; pero en el caso contrario se observa mas bien una *remitencia* que una *intermitencia*; pues el dolor se calma pero no cesa, y presenta exacerbaciones, que por lo demas en nada se diferencian de los accesos propiamente dichos.

»F. *Curso, duracion y terminacion de los ataques.*—El curso de los ataques es con corta diferencia el mismo que el de los accesos: ora son de una intensidad igual todos los ataques, asi los primeros como los últimos; ora pueden distinguirse tres períodos: el primero de aumento, en el que los accesos se hacen cada vez mas violentos; el segundo de estado, en el que tienen todos la misma intensidad, y el tercero de declinacion, en el que van disminuyendo.

»La duracion de los ataques varía necesariamente segun el número de accesos que los componen, pudiendo ser de una hora, de un dia, y aun á veces de un tiempo mas largo.

»Los ataques terminan de repente por el último acceso; sin embargo, esta terminacion viene anunciada algunas veces por fenómenos de apariencia crítica, como un flujo abundante de moco nasal ó de lágrimas. «En medio, dice Halliday, de las numerosas metamorfosis que tuvo la enfermedad, se observó un fenómeno constante. Cuando el dolor habia durado medio ó un minuto, corrian de pronto *cuatro lágrimas*, fluia por las narices una mucosidad blanquecina y viscosa, y terminaba el acceso. Si no llegaba á verificarse esta escrecion de lágrimas y de moco, lo que sucedió algunas veces en el período mas violento de la enfermedad, los dolores empezaban con nueva intension, y los accesos se sucedian de este modo, hasta que aparecia al fin el flujo indispensable de lágrimas y moco» (Halliday, loc cit., p. 67).

»G. *Intervalos y reproduccion de los ataques.*—Cuando la enfermedad se halla en su principio, todos los síntomas morbosos desaparecen con el último acceso, y los individuos gozan de una salud completa en los intervalos de los ataques; cuyo estado persiste á veces muchos años; pero cuando la neuralgia ha pasado de cierta duracion, y los accesos y ataques son mas frecuentes y muy violentos, se altera la salud general, y sobrevienen desórdenes permanentes en el desempeño de las funciones: la digestion, la circulacion y las funciones cerebrales se trastornan, y el enfermo cae poco á poco en un aniquilamiento próximo al marasmo, sin que por eso sean contínuos los dolores neurálgicos aun en circunstancias de esta naturaleza. «Aun en los casos, dice Halliday, en que por su larga duracion, y por la contínua repeticion de los tormentos que la caracterizan, ha deteriorado la neuralgia facial la constitucion del paciente y arruinado su salud, si bien es cierto que este no encuentra la calma y la satisfaccion que antes sucedian á la cesacion de los paroxismos; siempre hay intervalos, en los que si sufre no es precisamente por la neuralgia; intervalos que considera como de alivio y reposo» (loc. cit., p. 110).

»Los ataques se reproducen de dos maneras muy distintas, que importa mucho tener en cuenta, y sobre las cuales hasta se ha fundado una division nosográfica.

»Ora se reproducen los ataques con intervalos regulares, y su aparicion, sustraida á la influencia de toda causa esterna, se halla únicamente sometida á las leyes del tiempo; ora se manifiestan irregularmente, y son producidos por una multitud de circunstancias que mas adelante referiremos. En el primer caso la enfermedad es *periódica*, y en el segundo se llama *atípica*. Estas dos formas ejercen muy diferente influencia en la duracion y la gravedad del mal: en la primera la enfermedad espera siempre su hora para invadir, aun en medio de circunstancias que parecen propias para provocarla, y se prolonga, segun lo tiene de costumbre, á despecho de los medios que se ponen en práctica para abreviarla; y en el segundo, por el contrario, amenaza al enfermo á todas horas con una invasion siempre brusca é inesperada, bastando para producirla un golpe, un movimiento ó la impresion del aire, del calor ó del frio. En el primer caso, los accesos son comunmente mas raros y largos, y en el segundo son mucho mas frecuentes y casi siempre de una duracion menor. Una neuralgia periódica con regularidad cede las mas veces al tratamiento basado en la consideracion de este carácter: las neuralgias atípicas pocas veces se curan (Halliday, loc. cit., p. 111).

»La forma intermitente periódica raras veces existe desde el principio de la enfermedad, y Bellingeri asegura que jamás se observa: sin embargo, el doctor Rennes (loc. cit., p. 162) la ha visto en muchos casos aparecer desde luego con el tipo cuotidiano, terciano ó terciano doble. Es verdad que estos hechos fueron observados durante una *epidemia* de neuralgia frontal, que parecia depender de la existencia de fiebres intermitentes larvadas.

»Los ataques periódicos ó atípicos pueden manifestarse á todas las horas del dia y de la noche; y aunque asegura Bellingeri que siempre se presentan antes del medio dia (*Mémoire sur la neuralgie de la face* en *Arch. gén. de méd.*, segunda série, t. IV, p. 162); el doctor Rennes los ha visto aparecer por la tarde y en el discurso de la noche (loc. cit., p. 162), y nosotros hemos asistido á un enfermo en quien se presentaban los ataques constantemente por la noche.

»Los ataques atípicos, producidos muchas veces por la accion de causas esternas, se manifiestan comunmente, lo mismo que la enfermedad, de un modo repentino, y sin que vayan precedidos de ningun fenómeno particular. Los ataques periódicos por el contrario, se anuncian frecuentemente por algunos fenómenos que varian estraordinariamente: esperimentan los enfermos comezon, sensacion de frio, pesadez, espasmos, una especie de palpitacion muscular en la parte enferma; se imaginan sentir como un bamboleo ú oscilacion en el cerebro, y percibir un olor desagradable. En el enfermo de quien hemos hablado mas arriba, los ataques se manifiestaban siempre despues de un sueño penoso. En ciertos casos se anuncian los dolores por manchas rubicundas en la piel (Jobert de Lamballe, loc. cit., p. 653).

»II. *Curso y duracion de la enfermedad.*—Lo que hemos dicho del curso de los ataques, es aplicable igualmente al de la misma enfermedad: ora, y es lo mas comun, aumenta la neuralgia de intensidad lenta y progresivamente, hasta que llega á cierto grado, permaneciendo entonces estacionaria, ó bien declinando con una rapidez mayor que la que ofreciera su incremento; ora es el curso mucho mas agudo; y ora en fin, se observan remisiones y exacerbaciones irregulares; pudiendo ser por último, periódico ó atípico.

»La duracion es por lo comun muy larga, sobre todo en la forma atípica, siendo mas corta en la periódica á causa de la eficacia que ejerce en este caso una terapéutica racional: la neuralgia de la cara abandonada á sí misma puede prolongarse por diez, quince, y aun veinte años.

»I. *Terminaciones.*—Es muy raro que la neuralgia facial se cure espontáneamente: «Las neuralgias antiguas que se han resistido á todo tratamiento, dice Bellingeri, cesan por sí solas, ó se calman mucho, despues de haber durado diez ó doce años.» Sauvages, Thouret y Delpech, han visto neuralgias que habiéndose resistido al tratamiento mas indicado, se disiparon espontáneamente y no volvieron á reproducirse, despues de abandonadas á sí mismas. Pero estas terminaciones felices deben únicamente considerarse como escepciones; pues en la mayoria de los casos persiste el mal hasta que muere el enfermo, lo cual se verifica, ora á causa de las complicaciones que suelen sobrevenir, ora por un verdadero agotamiento nervioso, y ora en fin, por un suicidio, de cuyo hecho posee la ciencia algunos ejemplos. Bellingeri ha visto una neuralgia suborbitaria que produjo la muerte al cabo de veinte años. Cuando mas puede esperarse la curacion, empleando combinados todos los recursos que poseen la medicina y la cirugía. Cuando la enfermedad es muy violenta, ocupa los nervios dentario posterior ó mentoniano, y tiene ya una duracion larga, es mas temible que termine de un modo funesto, por las alteraciones que sobrevienen en la nutricion; pues se ha visto muchas veces á los enfermos sucumbir en el marasmo y la emaciacion mas pronunciada, por haber tenido que condenarse á una abstinencia completa, á causa de los atroces dolores que provocaba el mas ligero movimiento de la mandíbula, y que habian imposibilitado la prehension y la masticacion de los alimentos, y hasta impedian á las mandíbulas separarse lo necesario para la introduccion de los líquidos.

»Convalecencia, recaidas, recidivas.—A menos que la enfermedad no haya determinado por su violencia y larga duracion, alteraciones mas ó menos graves en la economía, no se afecta la salud general de los individuos, y se restablecen completamente, sin que haya convalecencia, en el momento en que los paroxismos cesan de reproducirse; pero en el caso contrario, aniquilada la economia por el dolor y las perturbaciones funcionales, necesita cierto tiempo para volver á su estado natural; aunque la convalecencia es sin embargo corta, puesto que no hay que combatir los desórdenes que suelen siempre dejar las alteraciones orgánicas.

»A pesar de que no exista una convalecencia propiamente dicha, deben los enfermos que acaban de curarse de una neuralgia de la cara, tener mucho cuidado de sustraerse á la humedad, al frio, á las repentinas variaciones de la temperatura, y á todas las causas que puedan determinar recaidas ó recidivas, las cuales son demasiado frecuentes á pesar de tales precauciones.

«En los treinta y dos casos de neuralgia frontal, cuyo resumen presento, dice Rennes (loc. cit.; p. 164), no he observado mas que una sola recidiva;» pero no puede sacarse de este dato una deduccion general, pues este médico no observó sus enfermos mas que durante un año, y la enfermedad casi nunca vuelve á aparecer sino al cabo de un tiempo mucho mas largo. Bellingeri ha visto frecuentes recidivas, y solo se verificaban en el mayor número de casos al cabo de muchos años (dos á diez).

»Conviene distinguir cuidadosamente las recidivas de la aparicion de nuevos ataques; lo cual no es siempre fácil en la forma atípica, cuando los ataques estan separados por largos intervalos, y reaparece la enfermedad en el mismo punto que antes ocupaba. Bellingeri ha observado dos recidivas, que ocuparon el nervio primitivamente afectado, pero del lado opuesto.

»Muchas veces se ha visto á la neuralgia al-

ternar con otra enfermedad que suspendia su curso, hasta que era á su vez reemplazada por la afeccion dolorosa de la cara. Andre refiere la observacion de un enfermo, en quien una erupcion vesicular de este órgano suspendia repetidas veces el dolor neurálgico. Una herida de la cabeza y un absceso en un hombro han producido tambien un efecto semejante (Boyer, loc. cit., p. 338). Rennes ha visto una neuralgia facial que alternaba con una ciática.

»Diagnóstico.—El curso intermitente de la enfermedad, por lo que toca á los accesos y á los ataques, la atrocidad de los dolores, que siguen el trayecto de los nervios que se distribuyen por la cara, y la resistencia que opone casi siempre la enfermedad á la terapéutica mas racional, son otros tantos signos que hacen bastante difíciles los errores de diagnóstico; pero no obstante, formaremos un paralelo entre la neuralgia de la cara y las afecciones con que se puede confundir mas particularmente.

»*Reumatismo de la cara.*—Los dolores reumáticos rara vez presentan intermisiones de muchos dias, y menos de semanas enteras: nunca son periódicos, y se aumentan siempre por la presion; al paso que si bien una presion ligera exacerba asimismo el dolor neurálgico, cuando es muy enérgica y se practica sobre el tronco nervioso le suele disminuir. Los dolores reumáticos van acompañados de fiebre; se aumentan por la noche y con el calor de la cama, lo cual no se observa en la prosopalgia; y por último dan lugar á una rubicundez y un calor mas considerables, carecen de un centro de intensidad, y no siguen exactamente la direccion conocida de tal ó cual ramo nervioso.

»*Fluxion de las megillas.*—Los dolores son menos vivos y contínuos, y la enfermedad termina pronto por resolucion ó supuracion.

»*Jaqueca.*—La neuralgia frontal presenta alguna analogía con la jaqueca, pues hay intermitencia atípica ó periódica, dolor circunscrito á un solo lado de la cabeza, etc.; pero en la jaqueca el dolor es menos agudo, mas circunscrito, se percibe en el cráneo, la frente, la ceja, no pasa nunca de la órbita; va acompañado muchas veces de vómito; jamás determina movimientos convulsivos, y no sigue la direccion de los nervios.

»*Odontalgia.*—Las neuralgias suborbitaria y dentaria posterior se han confundido muchas veces con la odontalgia: Duval y otros muchos autores refieren numerosos ejemplos de esta clase de errores. Se ha visto á algunos médicos ordenar la avulsion sucesiva de muchos dientes cariados, sin conseguir por esto que se aliviasen los padecimientos de sus enfermos; otros han estraido dientes sanos creyendo que estaban cariados en su raiz, y aun se ha cauterizado el alvéolo para destruir una afeccion que no existia.

»Convenimos con Berard en que es imposible la equivocacion *«cuando no hay dientes en la mandíbula donde se siente el dolor»*; pero creemos que cuando falta esta circunstancia perentoria, no es tan fácil como él piensa la distincion; pues el dolor odontálgico es muchas veces intermitente, sino periódico, y si existen uno ó muchos dientes cariados, hay ocasiones en que solo despues de estraerlos, es cuando puede reconocerse la verdadera naturaleza del mal.

»No debe confundirse la neuralgia de la cara con el infarto mucoso del seno maxilar, el clavo histérico y el dolor artrítico de cabeza. Algunos autores establecen el diagnóstico diferencial de estas enfermedades; mas por lo que toca á nosotros diremos con Berard, que no tenemos ánimo para copiar lo que se ha escrito sobre esta materia.

»Pronóstico.—El pronóstico de la neuralgia de la cara es siempre grave, por lo menos en cuanto á la duracion de la enfermedad, pues ya hemos visto que puede prolongarse muchos años sin que comprometa la vida del paciente. Aquí es donde conviene tener en cuenta la forma de la neuralgia; pues si los ataques son periódicos, se puede esperar la curacion y aun casi anunciarla con certeza; pero no sucede lo mismo cuando son irregulares.

»Complicaciones.—Es muy notable que los individuos atacados de una neuralgia de la cara gocen comunmente por lo demas de buena salud. Las complicaciones son muy raras, y nosotros no conocemos ninguna que se pueda atribuir especialmente á la prosopalgia. Jobert ha observado en las mujeres algunos accesos histéricos ó epilepliformes.

»Variedades.—Creyendo algunos autores poder atribuir tal ó cual naturaleza á la neuralgia de la cara, establecen como otras tantas especies distintas, las neuralgias *traumáticas, inflamatorias, reumáticas, metastáticas, gástricas, artríticas, carcinomatosas, cancerosas, sifilíticas*, etc. Ya veremos al ocuparnos de las causas y naturaleza de la prosopalgia, cúan poco fundadas son estas distinciones, limitándonos á decir aquí, que no podria en todos estos casos trazarse una descripcion sintomática que correspondiese á cada una de ellas.

»Causas.—Carecemos de datos suficientes para establecer la frecuencia absoluta ó relativa de la neuralgia de la cara. Entre 1449 enfermos recibidos en la clínica de consulta de Tubingue, solamente 8 estaban afectados de esta enfermedad: Bellingeri la ha observado 40 veces entre 5612 enfermos. «Por un cálculo no exacto, pero verosímil, dice el doctor Chaponniere (*Essai sur le siege et les causes des nevralgies de la face*; tésis de Paris, 1832, p. 16), se puede suponer que entre 290 enfermos hay una que padece neuralgia de la cara. Se ha dicho que esta afeccion es mas frecuente en la actualidad que antes de ahora; pero es probable que esta mayor frecuencia solo sea aparente, pues á medida que se la conoce mejor, se recogen los ejemplos con mas cuidado, y por eso parece que se multiplica.

»Procuremos apreciar las circunstancias que presiden al parecer mediata ó directamente al desarrollo de la prosopalgia.

»A. *Causas predisponentes.*—1.° *Hereditarias.*—El doctor Elsaesser (*Hufeland's Journal*, bd. LIX, st. II, p. 38) ha visto una familia, en la que habia sucumbido el padre de una afeccion neurálgica de la mano, y tres hijos estaban atacados de una prosopalgia. El doctor Reverdit (*Diss. sur la nevralgie faciale*, París, 1817) ha observado dos hermanos, de los que uno padecia una neuralgia suborbitaria, y el otro una *ciática nerviosa*, habiendo tenido su padre la primera de estas dos neuralgias. Tambien ha visto un jóven atacado de una neuralgia maxilar, cuya madre habia estado igualmente afectada de este mal. Otros hechos semejantes se encuentran en los anales de la ciencia; pero no son bastante numerosos para que pueda sacarse de ellos una deduccion general.

»2.° *Temperamento.*—Lo único que puede afirmarse relativamente á los temperamentos es, que todos se hallan espuestos; lo mismo los temperamentos nerviosos, histéricos, hipocondriacos, melancólicos, como quiere Pujol, y los fuertes, pletóricos, biliosos, sanguíneos, y atléticos, segun Bellingeri; que los leuco-flegmáticos, linfáticos, de cabellos rubios y músculos poco desarrollados, á pesar de la opinion de Leuthner. Decir cual de ellos está mas espuesto, es lo que nadie debe aventurarse á hacer, hasta que lo demuestren hechos mas precisos.» (Chaponniere, loc. cit., p. 20). Rennes asegura (loc. cit., p. 158), que los temperamentos sanguíneo y nervioso, eran los que predominaban en los 32 enfermos atacados de neuralgia frontal que fueron observados por él.

3.° *Edad.*—Fothergill habia anunciado, que la neuralgia de la cara podia manifestarse en todas las épocas de la vida *despues de los cuarenta años*, pero que jamás se la observaba antes de esta edad (*Of a painful affection of the face*; en *A complete collection of the medical and philosophical works of G. Fothergill*, Lond., 1782, p. 428). Pero observaciones ulteriores han demostrado que esta asercion es demasiado absoluta, aunque se halle en parte confirmada por Bellingeri, pues todos los enfermos tratados por este médico pasaban de los cuarenta años, esceptuando tan solo dos hermanos, que tenian únicamente el uno veinticinco y el otro treinta (loc. cit., p. 89). De 32 enfermos observados por el doctor Rennes, 25 tenian de veinte á treinta y cinco años; 6 eran mayores de esta edad, y el otro tenia doce años (loc. cit., p. 152). Entre 200 observacciones, Massius encontró 6 enfermos de nueve á treinta años de edad; 180 de treinta á sesenta, y 6 de sesenta á ochenta. Chaponniere ha obtenido la tabla siguiente:

»Entre 65 mujeres habia:

1 de 1 á 10 años.
8 de 10 á 20
16 de 20 á 30
11 de 30 á 40
13 de 40 á 50
8 de 50 á 60
6 de 60 á 70
2 de 70 á 80

»Entre 44 hombres habia:

1 de 1 á 10
4 de 10 á 20
10 de 20 á 30
12 de 30 á 40
11 de 40 á 50
9 de 50 á 60
5 de 60 á 70
2 de 70 á 80

»Resulta, pues, añade este médico, que las mujeres estan mas espuestas á padecer las neuralgias de la cara de los veinte á los treinta años, y los hombres de los treinta á los cuarenta» (loc cit., p. 19). Esta deduccion no nos parece suficientemente justificada; y nosotros preferimos limitarnos á decir, que la neuralgia de la cara, muy rara en la infancia y en la vejez, se manifiesta sobre todo entre los veinte y sesenta años, puesto que de 319 enfermos 271 se hallaban comprendidos entre estas dos edades.

»4.° *Sexo.*—Pujol, Fothergill, Gunther, Siebold, Hartmann, Meglin y Reverdit han observado que la neuralgia de la cara era mucho mas frecuente en las mujeres que en los hombres. «De cada tres casos que he recogido, dice el doctor Rennes, dos pertenecian al sexo femenino (loc. cit., p. 158). Thuret, Frank y Bellingeri han notado por el contrario, que el número de hombres era mayor que el de mujeres. Chaponniere ha observado, que de 253 individuos 135 pertenecian al sexo femenino y 120 al masculino; de lo cual, dice este autor, creo poder deducir la conclusion de que ambos sexos estan igualmente predispuestos (loc. cit., p. 17).

»5.° *Costumbres higiénicas.*—Hartmann y Reverdit creen que la neuralgia de la cara ataca con mas frecuencia á los pobres que á las personas bien acomodadas, y Frank emite la opinion contraria. El mayor numero de los enfermos observados por Rennes eran solteros: el doctor Reverdit opina que la profesion de cocinero espone mas que las otras á contraer esta enfermedad; asercion que apoya tambien Rennes; pero las habitaciones bajas, húmedas y mal ventiladas ejercen una influencia evidente, y mejor demostrada que la de las circunstancias que acabamos de enumerar.

»6.° *Climas.*—A. Meglin advertia como cosa muy notable, que la neuralgia de la cara no se habia observado jamás en Italia; pero no podria en la actualidad apoyarse en este hecho para asentar que esta afeccion no se desarrolla en los paises calientes, aunque, sin embargo, parece ser en ellos menos frecuente. Examinando Chaponniere las observaciones recogidas en varios paises, ha encontrado que la Francia presenta el mayor número, viniendo despues la Inglaterra, la Alemania y la Italia.

»7.° *Estaciones.* — Bellingeri y la mayor parte de los autores creen, que el otoño y la primavera, y sobre todo esta última estacion, favorecen el desarrollo de la neuralgia de la cara: el doctor Rennes la ha observado mas á menudo en invierno; pero es de notar que el de 1835 presentó numerosas vicisitudes atmosféricas.

»8.° *Constituciones médicas.*—Bellingeri afirma que las constituciones catarrales y reumáticas favorecen la produccion de la neuralgia que nos ocupa. El doctor Rennes ha visto una epidemia de coqueluche, que coincidió por espacio de cinco meses con la prosopalgia. Los doctores Gillespie (*The Americam journal of medical* sc.; mayo, 1834), Chapman (Ibidem; agosto, 1834), y Trousseau (*Bull. de terapeutique*, t. I, p. 88) la han observado durante varias epidemias de fiebres intermitentes.

»B. *Causas determinantes.*—1.° *Estado moral.*—Meglin ha visto una neuralgia de la cara producida por un violento acceso de cólera; Bellingeri y Weinhold (*Hufeland's journal*, bd. XXXV, pb. 4, p. 3) por un temor considerable, y Frank y Hutchinson por grandes disgustos.

»2.° *Violencias esteriores.* — Las lesiones traumáticas producen muy frecuentemente la prosopalgia. «Sin embargo, como esta no se ha presentado en general sino algunos meses, y aun mas de un año, despues de los accidentes á que se la ha atribuido, deben mirarse con alguna desconfianza las numerosas observaciones de esta clase referidas por los autores. Se citan entre este número las contusiones, las cortaduras, las dislaceraciones y las picaduras hechas en cualquier punto de la cara ó del cráneo: han sobrevenido neuralgias á consecuencia de un lanzazo recibido en la frente (Barbarin, *Diss. sur la nevralgie faciale*; París, 1817), de una fractura de la elevacion frontal derecha, de una cornada recibida en la mandíbula inferior (siete años despues del accidente), y de una contusion del nervio suborbitario (Bellingeri). Aug. Berard fue atacado de una prosopalgia algun tiempo despues de haberse dejado introducir una aguja en el nervio suborbitario, para que le galvanizaran este filamento nervioso. Langenbeck la ha visto manifestarse despues de la estraccion de un diente. Algunas veces la han producido cuerpos estraños en una cavidad natural ó en el espesor de los tejidos, como un guisante en el oido (Reveille-Parise, *Bull. de therap.*, tomo XIII, página 102), y un pedazo de porcelana clavado en la megilla (Jeffreys, *The lond. med. and phis. journal*; marzo, 1823).

»3.° *Estado de salud.*—La coincidencia de la neuralgia de la cara con otras diversas enfermedades ha dado lugar á que se establezcan muchas veces relaciones de causa á efecto, que estan lejos de parecernos demostradas: enumeraremos rápidamente las afecciones que, segun varios autores, han producido la prosopalgia.

»Varios autores antiguos, entre los que se hallan Fabricio de Hilden, Tulpius, Langius y Lanzoni, dicen que la presencia de gusanos encerrados en los senos frontal ó maxilar ha determinado violentos dolores, que despues se ha querido atribuir á la neuralgia; las descripciones que hacen estos autores son demasiado incompletas, para que pueda fundarse sobre ellas un diagnóstico acertado; y las observaciones mas modernas de Sauvages, de Heysham y de Palmer apenas establecen de una manera mas cierta la accion de los cuerpos estraños animados. Las caries dentaria y maxilar (Leuthner, *De dolore faciei Fothergilii commentatio medico-chirurgica*; Wirceburgi, 1810), los tumores desarrollados en el seno de este nombre (Thouret, Pullino, *Repertorio medico-chirurg. del Piemonte*, agosto, 1835), los exostosis de la mandíbula y los raigones, tienen una influencia mejor comprobada, y en algunos casos parece que manifiestamente han determinado el desarrollo de neuralgias de la cara. Porché Hartenkeil, Vaidy y Reveille-Parise (loc. cit.) las han visto suceder á corizas violentos: se cita tambien la aplicacion reiterada de los cosméticos irritantes, afeites, etc.

»Los tubérculos, el cáncer del cerebro, el hidrocéfalo (Thouret), los tumores de la dura madre y las diversas afecciones de los huesos de la cabeza, se consideran igualmente como causas de la neuralgia facial, lo cual se halla tambien apoyado por las observaciones de Fribault y Marechal, Tyrrell y Montault (v. *Alteraciones anatómicas*).

»Considerando Franck que el *nervio intercostal concurre á formar el plexo celiaco*, cree que la prosopalgia puede depender de algunos *vicios abdominales*. «Si la neuralgia, dice, se presenta mas á menudo en el lado derecho, no será porque proceda frecuentemente de afecciones del hígado?» No trataríamos de refutar una opinion tan poco motivada, si no hubiera sido reproducida en estos últimos tiempos. Hamel (*De la nevralgie faciale*, París 1803) indicó que la prosopalgia debia muchas veces atribuirse á un estado saburroso de las primeras vias, y Sandras (*Bull. de therap.*, t. VIII, p. 65) ha referido muchos hechos para confirmar esta opinion. Rennes la ha visto suceder á una gastralgia; Swediaur enumera entre las causas de la neuralgia la presencia de lombrices en el tubo digestivo; y el doctor Blackett dice, que un enfermo se curó de una prosopalgia muy rebelde despues de haber arrojado tres tenias pequeños, pero enteros. En una afeccion de *naturaleza neurálgica* no es permitido desechar de una manera absoluta la influencia de las causas llamadas *simpáticas*, y nosotros no rechazaremos sin restricciones la interpretacion que se ha dado á los hechos que acabamos de referir, esperando para decidirnos datos mas ciertos y numerosos. Tambien permaneceremos dudosos por lo que toca á la influencia que puedan tener la mayor parte de

las *causas patológicas* que aun debemos enumerar.

»André, F. Hoffmann, Masius y Fallot, dicen haber visto manifestarse neuralgias de la cara despues de la desaparicion repentina, espontánea ó provocada, de diversas afecciones cutáneas (barros, sarna, enfermedades pustulosas), y disiparse cuando estas enfermedades volvian á reproducirse; Bellingeri, Schenck y Blackett creen que la prosopalgia puede ser ocasionada por una enfermedad de las vias urinarias (carúnculas, estrecheces de la uretra, enfermedades de la prostata); pero diremos con Chaponniere que «no basta haber encontrado reunidas dos enfermedades para creer que la una sea necesariamente efecto de la otra.»

»Blackett y Cerioli han observado tres veces una neuralgia de la cara en una mujer que padecia un escirro de la matriz; pero son muy pocos los casos de esta naturaleza que existen en la ciencia. En qué habrá podido fundarse Fothergill para atribuir á la neuralgia de la cara una naturaleza cancerosa? Muy pronto lo veremos.

»Masius, Vaton (Chaponniere, loc. cit., p. 41) y Reveille-Parise (loc. cit.) han creido que en algunos casos debia atribuirse la neuralgia de la cara al virus venéreo; pero es dificil conceder algun valor á los hechos en que se apoyan estos autores.

»Rœber, Leidenfrost y Quensel han observado la prosopalgia en individuos que padecian ó habian padecido la gota, alternando entre sí estas dos enfermedades. Entre el considerable número de observaciones recogidas por el doctor Chaponniere solo en tres casos ha parecido comprobarse la influencia del vicio gotoso.

»Muchas de las mujeres que padecian neuralgia frontal, observadas por el doctor Rennes, tenian una menstruacion demasiado escasa ó por el contrario muy abundante, y algunas estaban cloróticas (loc. cit.). Reveille-Parise ha visto una neuralgia de la cara en una mujer que se aplicaba compresas frias en el vientre, para que fuera menos abundante su flujo menstrual, y Grapengiesser cita un hecho análogo. Degner (*Acta phisico-médica acad. cæsar* 1724, vol. I, p. 347), Frank y Bellingeri la han observado á consecuencia de trastornos ó supresion de flujos hemorroidales; Andre despues de la supresion de una fistula, de la que fluia mucha serosidad, y Thilenius despues de la de una blenorragia.

»Por último se menciona *à priori* «como causas que se concibe pueden existir» la supresion del sudor de los pies, de las flores blancas, la masturbacion, los trabajos mentales escesivos y el uso mal dirigido ó demasiado prolongado del mercurio, que segun Reverdit, no causa menos neuralgias en los militares, que las heridas y las vicisitudes atmosféricas á que se hallan espuestos, etc.

»4.° *Impresiones atmosféricas.*—Las rápidas alternativas de temperatura, la accion prolongada de la humedad y la impresion del frio estando sudando, son causas determinantes de la neuralgia de la cara, mucho mejor establecidas que las que acabamos de referir; pues demuestran su influencia numerosas observaciones, de las cuales mencionaremos algunas. Un cirujano que tenia la cara cubierta de sudor se detuvo un instante para enjugarla; esto sucedia en el mes de enero, y como nevaba mucho, esperimentó de repente un frio tan grande, que le pareció que se le aplicaba yelo: aquella misma tarde se manifestaron los dolores neurálgicos (Thouret) Una señora fué atacada por haber espuesto su cara estando sudando á una corriente de aire (Masius). Estando una mujer cubierta de sudor entró en una bodega húmeda y fria y el mismo dia se declaró la enfermedad (Schaeffer), y á otra le sucedió lo mismo por haber descansado en un paraje húmedo y fresco (Perroud). Dos sacerdotes, que habitaron sucesivamente una misma casa espuesta á los vientos de oeste, fueron acometidos de una neuralgia suborbitaria, uno de ellos en el lado izquierdo y el otro en el derecho. Un senador que se paseó en coche el primero de enero de 1814, dia frio y húmedo, llevando abierto el cristal de la portecilla derecha, sintió el aire fresco en la cara, y fué invadido de una neuralgia suborbitaria de este mismo lado que duró veinte años. Otra señora fué atacada de una neuralgia suborbitaria izquierda, por haber estado á una ventana que daba á la mar en el momento en que corria un viento frio y húmedo (Bellingeri, loc. cit., p. 91). No queremos añadir mas citas de esta clase aunque pudieramos multiplicarlas hasta lo infinito.

»3.° *Miasmas.*—Gillepsie (*The American Journ. of med. sc.*, mayo 1834) y Chapman (el mismo periódico, agosto 1834) creen que las neuralgias de la cara se manifiestan muchas veces bajo la influencia de las emanaciones miasmáticas y de los efluvios pantanosos, que producen las fiebres intermitentes; y Mac Culloch llega hasta decir que no reconocen jamás otra causa. Es imposible decidirse con alguna certidumbre sobre esta opinion. Chapman asegura que la prosopalgia ó gesticulacion dolorosa se manifiesta especialmente en los parages en que se padecen fiebres intermitentes y sobre todo en las épocas en que estas reinan: «La opinion de que las neuralgias faciales intermitentes ó remitentes son verdaderas fiebres larvadas puede apoyarse en numerosas consideraciones, dice el doctor Rennes; pues cuando reinaron las neuralgias que yo observé, las fiebres intermitentes, que son de ordinario muy comunes en el distrito de Bergeraç á pesar de la buena posicion topográfica del pais y de la falta de aguas estancadas, se presentaron con mucha menos frecuencia que los años anteriores, siendo, por decirlo así, reemplazadas por las neuralgias; y del mismo modo que antes de 1835 veiamos sobrevenir casi constantemen-

to algunos accesos de fiebre intermitente en el curso ó declinacion de las enfermedades agudas graves, así tambien vimos aquel año, que la neuralgia frontal sucedia á cierto número de afecciones de una gravedad mas ó menos considerable» (loc. cit., p. 162, 163).

»Repetiremos con Hildebrandt: «In nevropathologia multa sunt probabilia, obscura longe multa, nil autem incertitudine certius.»

»C. *Causas determinantes de los ataques.*—Despues de haber enumerado las causas que de un modo mas ó menos manifiesto parecen presidir al desarrollo de la neuralgia de la cara, digamos algunas palabras de las que en ciertos casos determinan la aparicion de los ataques intermitentes que constituyen la enfermedad. Debe hacerse aquí una distincion de que anteriormente hemos hablado ya, y es, que en la neuralgia *periódica*, casi nunca se manifiestan los ataques bajo la influencia de causas esternas, ni aun de aquellas que en el caso contrario producen con mayor seguridad los dolores, presentándose únicamente cuando ha llegado la época de su reaparicion; y que en la neuralgia *atípica*, ora se verifican los ataques espontáneamente sin que sea posible atribuir su aparicion á esta ó á la otra causa; y ora por el contrario, como sucede especialmente cuando es ya grave y antigua la afeccion, los ataques son determinados por circunstancias bien conocidas, pero cuyo modo de accion se nos oculta á veces completamente. Los mas ligeros movimientos, como los que resultan de la masticacion, de las acciones de respirar, hablar, toser y estornudar, pueden provocar los dolores. Leydig ha visto un enfermo, en quien se manifestaban violentos ataques siempre que se sonaba, cuando tocaba con su lengua algun diente, las encías ó la parte anterior del paladar. En otros casos el contacto mas ligero de la nariz, de la oreja ó del cuello, del lado enfermo, ocasiona los ataques. Un enfermo no podia rasurarse sin ser invadido al momento de dolores horribles. Los olores fuertes, el vapor de los alimentos calientes, la menor agitacion del aire, la que produce la música, un ruido inesperado, una contrariedad, las actitudes penosas y el decúbito lateral, pueden ser otras tantas causas determinantes de la renovacion de los paroxismos neurálgicos.

»Tratamiento.—Como todas las enfermedades cuya naturaleza nos es desconocida, y que oponen á los recursos del arte una resistencia á veces invencible, la neuralgia de la cara se ha combatido por una multitud de remedios, de cuya fastidiosa enumeracion prescindiremos en este lugar, limitándonos, lo mismo que hemos hecho en la epilepsia, á referir tan solo aquellos medicamentos por cuyo medio han conseguido obtener resultados bien evidentes autores recomendables. Para indicarlos con órden, los dividiremos en dos clases principales, segun que pertenezcan á la terapéutica racional ó á la empírica. El órden que vamos á seguir es en parte el adoptado por Halliday en el notable opúsculo que tantas veces hemos citado en este artículo.

»A. *Terapéutica racional.*—a. *Indicaciones que suministra la consideracion del estado general de los individuos.*—«Las enfermedades, dice Halliday, reciben casi siempre de un modo mas ó menos manifiesto, el sello del estado general de los individuos que las padecen, y es preciso las mas veces destruir completamente esta influencia, antes de proponerse curar el mal por el uso de los medios propios para combatirle directamente: las neuralgias se hallan incluidas en esta ley general. La prosopalgia que padece un hombre robusto y pletórico, es sin duda una afeccion de la misma naturaleza que la de una persona caquéctica y demacrada; pero no porque sean de igual naturaleza, deben tratarse estos dos casos del mismo modo, pues reclaman, por lo menos como medios preliminares, muy diferentes recursos» (loc. cit., p. 129). Hemos repetido estas prudentes observaciones, porque estan demasiado olvidadas por los médicos sistemáticos, que han procurado y procuran todavía reducir la terapéutica á una sola fórmula, basada en una patogenia hipotética.

»Así, pues, cuando se manifieste la neuralgia de la cara en un individuo cuyo pulso sea lleno, grande y desarrollado, propenso á padecer aturdimientos y enfermedades flegmásicas, será siempre útil empezar el tratamiento por una ó muchas evacuaciones sanguíneas, y continuar la medicacion antiflogística hasta que sea claramente ineficaz. Cuando, por el contrario, ataca la neuralgia á una persona nerviosa, irritable y debilitada, no deben emplearse unos medios que solo servirian para aumentar la escitabilidad general, y agravar el mal; en tal caso se prescribirá únicamente un régimen alimenticio sustancioso, un ejercicio moderado, y algunas veces los tónicos.

»b. *Indicaciones que suministra el tipo de la enfermedad.*—«La consideracion del tipo que tiene la enfermedad, dice Berard, domina á todas las demas, siendo casi indiferente saber la causa de la prosopalgia, cuando sus accesos tienen una periodicidad bien marcada.» En cuanto se haya comprobado el tipo, debe administrarse el sulfato de quinina por el método ordinario, sin atender á otras indicaciones por racionales que parezcan, porque no hay nada mas urgente y racional, que recurrir á una medicacion, cuyo resultado, casi seguro al principio de la enfermedad, podria llegar á frustrarse por una funesta vacilacion. Muchas veces es necesario emplear el sulfato de quinina á dósis muy considerables, y la esperiencia ha demostrado que es preferible elevarlas rápidamente á proceder de un modo lento y graduado. Deberá continuarse mucho tiempo el uso de este medicamento, aunque ya no se observe el mas ligero ataque, para prevenir las recidivas que son demasiado frecuentes. Cuando no se ha conse-

guido ningun resultado favorable de la administracion del sulfato de quinina, es preciso recurrir á sus sucedáneos, entre los cuales se recomienda particularmente el subcarbonato de hierro y el arsénico.

»El subcarbonato de hierro le han empleado mucho los médicos ingleses, quienes refieren gran número de curaciones obtenidas por este medicamento. Hutchinson (*Cases of nevralgia spasmodica commonly termed tic douloureux succesfully treated*; Lóndres, 1812), lo usa en todos los casos en que no existen síntomas inflamatorios bien caracterizados, y lo prescribe á la dosis de cuarenta granos á una dracma, incorporado á la miel, tres veces al dia; Wittcke (*Hufeland's Journ.*, 1828, p. 1) prescribe con buen éxito la siguiente fórmula: De subcarbonato de hierro 1 escrúpulo; canela, 5 granos; tres veces al dia. El subcarbonato de hierro ha sido ineficaz en manos de Nesse Hill, de Masius y otros médicos.

»El *arsénico* parece que la primera vez fue usado por Selle. Nesse Hill curó una neuralgia que se habia resistido por espacio de veinte años á los demas tratamientos, dando la disolucion arsenical, al principio á la dosis de tres gotas, y luego sucesivamente hasta doce. El doctor Lalaurie obtuvo un éxito análogo con unas píldoras compuestas del modo siguiente; de jabon blanco, 1 dracma; óxido blanco de arsénico, 1 grano; háganse diez y seis píldoras; para tomar una por la mañana (Halliday, loc. cit., p. 139). No siempre ha tenido el arsénico igual eficacia, y es necesario proceder con la mayor prudencia en su administracion.

»Con la *salicina*, administrada á la dosis de una dracma diaria, llegó á conseguir el doctor Seure la curacion de una neuralgia periódica, que se habia resistido á la quina (*Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, t. II, p. 41).

»c. *Indicaciones que suministra la consideracion de las causas de la enfermedad.*—No nos detendremos en las consideraciones higiénicas que se refieren al tratamiento de la prosopalgia; pues es evidente que, cuando el clima, la habitacion, la profesion ó el género de vida parezcan haber favorecido el desarrollo del mal, es preciso ante todo cambiar las condiciones higiénicas en que se encuentra el paciente: «el olvido de esta precaucion, relativamente por ejemplo al lugar que habita el enfermo, dice Halliday, puede comprometer el efecto de cualquier tratamiento.» No es menos importante remover cuidadosamente todas las circunstancias que pueden determinar la renovacion de los ataques; pues sabido es, que en las afecciones intermitentes la gravedad del mal está en razon directa del número de paroxismos que se han verificado.

»Cuando la neuralgia de la cara se ha manifestado á consecuencia de la supresion de una hemorragia, de una supuracion, de un flujo, habituales, ó de la curacion repentina de una enfermedad cutánea, debe el médico tratar de restablecer el fenómeno morboso primitivo, provocando el flujo sanguíneo por medio de sanguijuelas aplicadas en las inmediaciones de la parte por donde se verifica la hemorragia; la supuracion á beneficio de un vejigatorio ó de un sedal; la blenorrea, leucorrea, etc., aplicando sobre la membrana mucosa sustancias irritantes ó cáusticas (*Inyecciones*, *candelillas*, etc.), y por último la enfermedad cutánea con los baños de vapor, los rubefacientes ó las fricciones con la pomada estibiada. Andre, Westendorf, Fallot y otros muchos autores, refieren ejemplos de curaciones, que se obtuvieron llenando estas indicaciones.

»Ya hemos visto que la neuralgia de la cara podia á veces ser producida por la presencia de un cuerpo estraño, en cuyo caso conviene siempre estraer los que sean accesibles á los medios quirúrgicos, con lo cual han obtenido la curacion de neuralgias muy antiguas Jeffreys y Reveille-Parise. Las enfermedades de los senos y de los huesos maxilares (Velpeau, Leuthner) deben fijar tambien la atencion del médico. «Con sentimiento refiero, dice Berard, los ejemplos de neuralgias curadas por la avulsion de los dientes; porque es demasiado comun ver individuos en quienes se han estraido casi todos, sin que variara en nada el curso de la enfermedad.» Conviene mucho en efecto no imitar la conducta de algunos médicos, que engañados por el momentáneo alivio que sigue algunas veces á la estraccion de un diente, han hecho arrancar ocho ó diez á sus enfermos, sin procurarles por eso un alivio duradero (Halliday, loc. cit., p. 4 y sig.). Mas por otra parte tambien es preciso no olvidar, que la presencia de un diente cariado puede por sí sola ser causa de una neuralgia de la cara, y su estraccion el único medio de que cesen los dolores; de lo cual citan algunas observaciones incontestables Thouret, Pullino y Piorry.

»Aunque no hayamos admitido la naturaleza venérea de la prosopalgia, diremos, sin embargo, que cuando esta afeccion coincide con síntomas venéreos, y se presenta en un individuo que ha padecido muchas veces la sífilis sin haberse sometido á un tratamiento metódico, no debe descuidarse el específico, despues de haber empleado los medios comunes: Masius, Vaton, y sobre todo Reveille-Parise (*Bull. de therap.*, t. XIII, p. 112), refieren algunas observaciones, suficientes para que deba intentarse esta medicacion en los casos de dicha naturaleza.

»Nada diremos de otras causas patológicas que hemos indicado como susceptibles de producir la neuralgia de la cara, pues su influencia es demasiado hipotética. «Pudiera creerse, dice Berard, en razon de la especialidad de la causa, que las neuralgias traumáticas debian presentar alguna indicacion particular; pero sin embargo no sucede asi, pues unas ofrecen el carácter periódico y ceden á la quina, y otras son irregulares y en nada se diferencian de las

neuralgias atípicas por causa interna» (loc. cit., p. 584).

»d. *Indicaciones que suministran los síntomas y las complicaciones de la enfermedad.*— Muchas veces es preciso establecer un tratamiento arreglado al carácter sintomático de la enfermedad, con independencia de toda circunstancia etiológica y de toda opinion patogénica. Cuando la prosopalgia va acompañada de una reaccion general é intensa, y de una congestion local en las partes donde tiene su asiento, conviene emplear las emisiones sanguíneas, los baños tibios, los antiflogísticos y los purgantes ligeros; por cuyos medios ha conseguido Bellingeri curar veintiocho neuralgias agudas. Igual resultado ha obtenido Sandras (*Bull. de therap.*, t. VIII, p. 65) con los vomitivos y purgantes, en prosopalgias que iban acompañadas de síntomas de una saburra gástrica.

»Jamás debe dejarse de combatir por los medios apropiados cualquiera afeccion que pueda estar padeciendo el individuo afectado de neuralgia, por ligera que sea, y por independiente que se la suponga de la enfermedad principal; pues á veces vemos con sorpresa desaparecer una neuralgia que causaba dolores atroces, al mismo tiempo que una inflamacion crónica de cualquiera otra víscera, que apenas parecia merecer nos ocupasemos de ella» (Halliday, loc. cit., p. 154).

»e. *Indicaciones que suministra la consideracion de la naturaleza de la enfermedad.*— Cuando la neuralgia de la cara no presenta ninguna de las indicaciones que acabamos de enumerar, ó cuando han sido inútiles los medios que hemos referido hasta aqui, no resta ya en una terapéutica racional, sino emplear las sustancias que ejercen su accion sobre el sistema nervioso, y que por esta razon deben incluirse en el tratamiento de las neuralgias: solo mencionaremos aquellas que han producido resultados favorables bien comprobados.

»1.° *Opio.*—Este medicamento no tiene en el tratamiento de la neuralgia facial, por una escepcion bastante difícil de concebir, la eficacia de otros narcóticos; pues á veces en nada influye para modificar el mal, y hasta suele agravarlo. «No obstante, si bien se reflexiona, dice Halliday, nos inclinaremos á suponer, que si se han quejado mas los prácticos de la ineficacia del opio que de la de otros narcóticos, es porque le han empleado con mucho mayor frecuencia contra una enfermedad, á la que no alcanzan en el mayor número de casos los recursos de la medicina.»

»Las *sales de morfina*, usadas por el método endérmico, han producido curaciones bastante numerosas. Varias observaciones interesantes referidas por Cerioli (*Annali universali di méd.*, mayo, 1829), Blouquier (*Bull. de therap.*, tomo IV, p. 252), Trousseau (el mismo per., t. I, p. 88), y Mondiere (*Observations therapeutiques sur diverses nevralgies* en *Arch. gén. de méd.*, febrero, 1835) las hacen recomendables á los prácticos. Deberá descubrirse el dermis en los parages donde se sienta el dolor, y conviene seguir el trayecto de este en los diversos puntos que puede invadir sucesivamente, siendo casi siempre necesarias muchas aplicaciones. «Para que sea útil, dice Jobert, el método endérmico, es preciso no emplearlo solamente en un punto de la cara ó del cráneo, sino en todos los sitios donde parece atrincherarse el dolor, despues de haber sido desalojado de su asiento primitivo; debiendo tener el médico en el tratamiento de esta afeccion una perseverancia igual á su resistencia y tenacidad» (Jobert, loco citato, p. 657—659).

»2.° *Beleño.*—El beleño constituye la parte activa de las píldoras de Meglin, que se han empleado muchas veces con buen éxito. Se empieza administrando tres ó cuatro al dia, y se aumenta progresivamente su número, el cual ha llegado en algunos casos hasta cuarenta; pero entonces sobrevienen accidentes que nos obligan á suspenderlas. Lobel ha prescrito con ventaja el beleño negro; el doctor Grimaud lo asocia al guayaco y al alcanfor, y Dance ha obtenido con él en muchos casos resultados favorables.

»3.° *Estramonio.*—Read, Marcet, Velsen (*Hufeland's journ.*, 1823, bd. I), Swan, Wendestadt (*Bull. de therap.*, t. XII, p. 239), Gery (el mismo per., t. XIV, p. 51), Fott (*Beitrage, Meklenburgischer Aerzte*, 1832, bd. I, heft. 2), y especialmente Kirkhoff (*Arch. gén. de méd.*, primera série, t. XIV, p. 373), atribuyen una eficacia muy considerable al datura stramonium. Este medicamento se ha empleado de muchos modos. Swan administra interiormente el estracto á la dosis de medio á cuatro granos tres veces al dia; Fott preferia la tintura á la dosis de ocho á quince gotas de tres en tres horas, continuando su administracion por espacio de seis semanas; Kirkhoff prescribia fricciones en las partes doloridas con la tintura, de diez á quince veces al dia, y Jobert emplea el datura stramonium en esta misma forma por el método endérmico. Denudando el dermis por medio de *veinte cantáridas*, y rociándolo cada vez con 20 gotas de tintura, consiguió este médico la curacion de una neuralgia muy intensa (loco citato, p. 658).

»4.° *Belladona.*—La belladona se ha administrado interiormente (de estracto de belladona, 3 granos; agua dest. de laurel real, 2 dracmas: de diez á veinticuatro gotas al dia) por Herber, Stark, Schlegel y Struenhagen, quienes aseguran haber curado por este medio algunas neuralgias muy rebeldes. El doctor Leclerq (*Arch. gén de méd.*, primera série, t. XVII, p. 113) lo usa al esterior en lociones (de estracto de belladona, una dracma; agua de lechuga, una onza: diez á veinte lociones al dia). El doctor Deleau, menor, leyó á la Academia de ciencias (sesion del 13 de mayo de 1835) una memoria, en la que dice haber curado todas las neuralgias de la cara que se le habian pre-

sentado por medio de cataplasmas hechas con pulpa de raiz de belladona.

»5.° *Asafétida.*—El asafétida, segun Halliday, debe emplearse en los casos en que la prosopalgia depende de alguna afeccion histérica, ó á lo menos existe con ella: John y Wildberg asocian este medicamento á la valeriana y al opio.

»Las medicaciones derivativa y perturbadora se han usado tambien en el tratamiento de esta neuralgia; los vejigatorios no son útiles generalmente; y los moxas, por cuyo medio dice Larrey haber obtenido muchas curaciones, no tienen tampoco una eficacia mejor demostrada.

»La cauterizacion trascurrente, dice Jobert, es un remedio heróico, cuando la neuralgia facial se halla limitada á un nervio; pero es impotente si ocupa una superficie considerable, aunque sin embargo tiene la ventaja de que los enfermos se alivian constantemente mientras dura la supuracion (loc. cit., p. 336). Uno de nosotros ha visto á Jobert obtener, y ha obtenido muchas veces por sí mismo, la curacion de neuralgias muy intensas, pasando ligeramente un hierro candente sobre el trayecto del dolor. Este medio, mas doloroso en la apariencia que en la realidad, solo deja algunas cicatrices casi imperceptibles.

»B. *Terapéutica empírica.*—Acabamos de indicar los diferentes medios racionales que se han opuesto á la prosopalgia, y los autores que han obtenido de ellos mayor número de resultados ventajosos. Pudiéramos formar una lista mucho mas larga, si quisiéramos ahora examinar todos los casos en que han sido ineficaces, obligando al médico á recurrir á los medios, cuyo uso se funda únicamente en la consideracion de los efectos que han producido, sin que pueda esplicarse su modo de obrar. Los remedios empíricos no son muy numerosos, y vamos á referir los que mas se han preconizado.

»1.° *Acido hidrociánico.* — Breitenbucher calmó primero, y acabó por curar, una prosopalgia por medio del ácido hidrociánico. José Frank suspendia constantemente los accesos neurálgicos administrando 25 gotas de agua destilada de laurel real, y Broglia (*Annali univers. de med.*, julio, 1832), consiguió que desapareciese una neuralgia de la cara, aplicando en los puntos doloridos un poco de algodon empapado en la mezcla siguiente: de agua cohobada de laurel real, 3 dracmas; agua de rosas, 2 onzas: renuévense las aplicaciones cada dos horas.

»2.° *Hidroclorato de potasa.* — J. Frank consiguió curar una neuralgia que se habia resistido á todos los medios, prescribiendo este medicamento á la dosis de 3 granos tres ó cuatro veces al dia.

»3.° *Cicuta.*— La cicuta, que Fothergill y Selle miran como el remedio mas escelente de la prosopalgia, ha sido completamente ineficaz en manos de Schlegel, Reil, Keup, etc. Sin embargo, Pujol, Jackson y algunos otros le atribuyen buenos resultados.

»4.° *Coccionnella septem punctata.*— Sauter y J. Frank refieren, para probar la eficacia de este medicamento, algunas observaciones bastante notables que conviene repetir. Se dan 20 gotas de tintura por mañana y tarde, y ademas otras 20 á 30 al principio de los accesos.

»5.° *Mercurio.* — Han alabado las preparaciones mercuriales, aun con independencia de toda causa venérea, Weisse, Lentin y Haase, y la han proscrito Hartenkeil, Haighton, etc. «En medio de estas disidencias, dice Halliday, la mayoria de los hechos nos autoriza á esperar bastante á menudo buenos efectos de este medicamento» (loc. cit., p. 159). Wedekind ha curado un enfermo por medio de lociones hechas con una disolucion de sublimado corrosivo.

»6.° *Trementina*.—Rayer (*Lancette franc.*, 23 de febrero, 1830) consiguió aliviar á un enfermo, que estaba padeciendo hacia doce años una neuralgia de la cara, por medio de la trementina; pero se vió obligado á suspender el uso de este medicamento á causa de los accidentes gástricos que sobrevinieron (aceite esencial de trementina, de media á dos dracmas en un julepe.

»7.° *Café.*—Se lee en la disertacion de Barbarin que el café curó una vez á un enfermo atacado de una neuralgia muy dolorosa; pero que fué completamente ineficaz en una recidiva que se verificó al cabo de cuatro años.

»8.° *Cianuro de potasa.* — Lombard leyó á la Academia de medicina (sesion del 19 de julio de 1831) una memoria, en la que asegura haber curado muchas prosopalgias por medio del cianuro en forma de lociones ó fricciones (uno á cuatro granos de cianuro de potasa por onza de agua ó de manteca). Blouquier ha esperimentado tambien este medicamento, y ha obtenido igualmente buenos efectos (*Bull. de therap.*, tomo VI, p. 289).

»9.° *Sub-proto-carbonato de plomo.* — Ouvrard (*Bull. de therap.*, t. VII, p 93) y Caussade (el mismo per., t. XI, p. 93) han curado dos prosopalgias, cubriendo las partes enfermas con una capa de media línea de espesor, hecha con la pomada siguiente: de sub-proto-carbonato de plomo porfirizado, c. s. para saturar una onza de cerato.

»10.° *Veratrina.*—El doctor Cunier ha hecho practicar con buen éxito algunas fricciones con 4 ó 10 gotas de aceite de veratrina (*Bull. de terap.*, t. XV, p. 329).

»11.° *Ligadura de los miembros.*—Cazenave obtuvo la curacion de una neuralgia rebelde, haciendo la ligadura de los miembros en el momento de los accesos; y esplica este resultado por la accion particular que ejerce la ligadura sobre la intermitencia (*De la ligature des membres pour combattre les nevralgies et de son action sur l'intermittence*, en *Bull. de therap.*, t. III, p. 33).

»12.° *Galvanismo.*—El doctor Harris (*The American journ. of med. scienc.*, agosto, 1814) curó cinco neuralgias entre ocho casos por medio del aparato galvánico de Mansford. Este consiste en aplicar un vejigatorio pequeño á la parte posterior y superior del cuello, y otro en las inmediaciones de la rodilla: se coloca en seguida sobre la primera herida un pedazo de esponja húmeda, y encima una chapa de plata, á la que se fija un hilo conductor, que se estiende desde este punto, descendiendo á lo largo de la columna vertebral hasta la corva, en donde se le fija á una chapa de zinc, que cubre la parte denudada con el intermedio de un pedazo de pergamino. Este aparato se deja así colocado por espacio de 12 á 24 horas, al cabo de cuyo tiempo se pasa á curar las heridas, y se levantan las capas de óxido que se han formado.

»13. *Electro-punctura.*—Reil, Wildberg y Haighton dicen haber obtenido buenos efectos de la electricidad, que Pujol alaba tambien, sin que pueda citar un solo hecho en su apoyo: nosotros la hemos visto emplear muchas veces, sin que se haya conseguido resultado alguno favorable.

»14. *Acupuntura.*—Nos limitaremos á mencionar este método, «que si ha brillado cual ninguno, y adquirido una boga estraordinaria, ha sido para caer bien pronto en un olvido profundo. La introduccion de las agujas calma algunas veces los dolores; pero vuelven á presentarse casi siempre con nueva intensidad» (Jobert, loc. cit., p. 656).

»C. *Tratamiento quirúrgico.* — Cuando la prosopalgia se ha resistido á todos los medios racionales y empíricos conocidos, y los dolores, lejos de disminuir con el tiempo, adquieren cada vez una violencia mayor, se ha propuesto interrumpir la continuidad del nervio recorrido por el dolor. Mareschal fué el primero, que á mediados del último siglo empleó esta operacion, la cual ha tenido despues una acogida muy diversa entre los cirujanos. Independientemente de los accidentes á que esponen las operaciones que se practican en la cara, pueden hacerse objeciones muy graves á las de que vamos hablando: 1.° no hay siempre seguridad de poder descubrir y dividir las tenuísimas ramificaciones nerviosas que se distribuyen por la cara; y muchas veces los cirujanos se han encontrado perplejos respecto de este punto (Boyer, loc. cit., p. 352); 2.° cualquiera que sea el procedimiento operatorio que se haya empleado, se ha visto muchas veces á la neuralgia persistir ó recidivar al cabo de un tiempo mas ó menos largo; 3.° aun en el caso de tener la operacion un éxito completo, sustituye á la neuralgia una parálisis mas ó menos estensa de la cara, que no deja de ofrecer inconvenientes aun cuando quedase limitada á la sensibilidad; 4.° por último, la operacion únicamente puede hacerse en algunos casos escepcionales, en los que se crea que la enfermedad depende de una lesion local, circunscrita á una porcion del nervio, como por ejemplo en las neuralgias traumáticas; pues seria evidentemente ineficaz cuando la afeccion fuera producida por un tumor de la dura madre, una alteracion orgánica del cerebro ó de cualquiera otra parte profunda. Y ¿cómo juzgar *à priori* de la oportunidad de la operacion, cuando la etiología de la enfermedad es casi siempre tan oscura?

»En el estado actual de la ciencia, es muy difícil, si no imposible, determinar rigurosamente las circunstancias que pueden inducir al cirujano á emplear el tratamiento quirúrgico de la prosopalgia. Segun Halliday, solo debe practicarse la operacion cuando se limita la neuralgia á un ramo nervioso, bien aislado, por lo menos en el punto mas lejano donde se le pueda alcanzar; de manera que no es aplicable mas que á los ramos frontal esterno, suborbitario y mentoniano. No basta reconocer que el mal tiene su asiento en un ramo nervioso, para creerse autorizado á practicar la seccion, sino que es preciso cerciorarse de que ningun otro nervio mas distante del lugar donde ha de hacerse la division tiene parte alguna en la neuralgia: «Parécennos irracionales y bárbaras, añade este juicioso autor, las incisiones que se han practicado en la parte anterior de la region orbicular, y en las mejillas, á veces muy profundas y en todas direcciones, hechas á la buena ventura, sin averiguar de una manera precisa la residencia del mal, y si era ó no posible cortarlo de raiz. No calificamos nosotros de operacion atrevida, como han hecho diversos periódicos, sino de estravagante, la que practicó un cirujano americano, y que consiste en dividir el nervio maxilar inferior antes de entrar en el conducto de este nombre» (loc. cit., p. 168). Jobert es tambien enteramente de esta opinion: «Cuando la neuralgia, dice este autor, se estiende á una parte de la cara, es en vano fatigar al enfermo con operaciones, que deben ser tan numerosas como inútiles; pues á medida que se desaloja el dolor de un punto, vuelve á aparecer en otro, y caminando así de los ramos á los filamentos nerviosos, se presenta cada vez con mas violencia, burlándose de los esfuerzos del cirujano y de la accion del bisturí» (loc. cit., p. 656). Berard opina por el contrario, que puede intentarse la operacion, aun cuando se estiendan los dolores á otros ramos que los del nervio que nos propongamos cortar, y que gran número de los casos en que ha sido ineficaz, deben atribuirse, menos al método de tratamiento, que á los cirujanos que han practicado operaciones incompletas. Segun este autor, puede esperarse que la escision del nervio produzca la curacion, cuando comprimiéndolo con fuerza cese el dolor neurálgico (art. cit.).

»Por nuestra parte opinamos que la operacion considerada en sí misma es muy grave, y su resultado harto dudoso, para que deje de mirarse como un medio estremo, que solo se deberá emplear, cuando por hallarse reunidas to-

das las circunstancias que hemos indicado, haya alguna probabilidad de un éxito favorable.

»Tres procedimientos operatorios se han propuesto para interrumpir la continuidad del nervio: la incision simple, la cauterizacion y a escision.

»La *incision* practicada por Mareschal tiene muchos inconvenientes, pues espone á no dar con el nervio, ó á dividirlo solo incompletamente; y casi siempre se reproduce la enfermedad, restableciéndose la continuidad del cordon nervioso á espensas de una sustancia intermedia, cuya naturaleza no intentamos discutir aqui. Para evitar estas recidivas, se ha propuesto colocar por espacio de algun tiempo un cuerpo estraño entre los labios de la division. Leydig y Haighton han obtenido de este modo algunas curaciones, pero no es esto suficiente para preferir un procedimiento, cuya infidelidad se ha observado tantas veces.

»La *cauterizacion* la ha empleado André. Este método, dice Boyer, tiene el inconveniente de producir mucha deformidad; pero ofrece algunas probabilidades favorables, pues no solamente destruye todo el grosor del nervio en cierta parte de su longitud, sino que ataca igualmente en una estension bastante considerable todos los filamentos nerviosos que nacen de él, y que pudiendo participar de la afeccion, serian susceptibles de sostener el dolor, como el tronco que les da orígen, despues de hecha la reseccion de este ramo. Los motivos en que funda Boyer su preferencia no tienen ningun valor positivo; porque es mucho mas fácil destruir una parte del nervio por medio de la escision que por la cauterizacion, y no puede mirarse con indiferencia el inconveniente de dejar en la cara una cicatriz deforme é indeleble. La cauterizacion se hace con la potasa cáustica, y podria tambien practicarse con el hierro candente.

»Paletta ha combinado la incision y la cauterizacion, para lo cual propone dividir el nervio con una hoja cortante de hierro, enrojecida hasta el blanco. Bellingeri ha visto buenos resultados de este procedimiento; pero semejante práctica no ofrece ninguna ventaja que no tenga la escision, y sí los inconvenientes de los dos métodos que reune.

»La *escision* de una parte del nervio enfermo es el método que se emplea generalmente en la actualidad, y el que debe en efecto preferirse. Por su medio ha obtenido Aug. Berard dos curaciones notables (*Journal des connaissances médico-chirurg.*, t. III, p. 441); pero ha sido ineficaz en manos de Boyer, Roux y otros muchos cirujanos.

»Remitimos al lector á los tratados especiales por lo que toca á la descripcion del procedimiento operatorio que debe seguir el cirujano, segun quiera descubrir tal ó cual ramo del nervio trifacial.

»A pesar de los pormenores en que nos hemos detenido, no dejamos de conocer que no hemos espuesto el tratamiento de la prosopalgia tan detalladamente como pudria hacerse; pero se han llenado estos vacios en el artículo precedente consagrado á la historia de las neuralgias en general, y aqui solo hemos consignado lo que se aplica especialmente á la neuralgia de la cara para evitar repeticiones inútiles.

»NATURALEZA.—Fothergill consideraba la neuralgia de la cara como una afeccion de naturaleza *cancerosa*: 1.° porque ataca en especial á las mujeres y particularmente despues que cesan los ménstruos; 2.° porque los dolores de la prosopalgia tienen el mismo carácter que los del cáncer; 3.° porque dos mujeres que padecian de neuralgia, tenian al mismo tiempo unos tumores pequeños y duros en los pechos, y 4.° porque la cicuta ha curado al parecer algunas prosopalgias. Fácilmente puede apreciarse la poca solidez de estas razones, y por lo tanto no nos detendremos en refutar una opinion patogénica que nadie piensa defender en la actualidad.

»Rademacher (*Hufeland's journal*, bd. II; p. 614) cree que la prosopalgia es de naturaleza reumática. Sin investigar ahora lo que debe entenderse por esta palabra patogénicamente hablando, diremos que la neuralgia de la cara difiere demasiado esencialmente del reumatismo, para que puedan reunirse estas dos afecciones.

»Gran número de autores se han esforzado á probar que la prosopalgia era una *inflamacion*. «Teniendo en consideracion la testura vascular del nervio, dice Hamel (loc. cit.), los fenómenos de la enfermedad, acompañada siempre de dolores mas ó menos agudos, y á veces de latidos y pulsacion de las arterias, y la naturaleza de las causas que la producen, puede presumirse con verosimilitud que la afeccion del nervio consiste esencialmente en una alteracion particular de los vasos que lo penetran, en una especie de inflamacion crónica de su tejido, cuya existencia se concibe fácilmente *aunque la diseccion no pueda demostrarla.*» Steinbach (*Hufeland's journal*, bd. XLII, sl. IV, p. 77) cree igualmente que es la prosopalgia una flegmasia crónica, que aumenta la potencia conductriz de los nervios destinados á recibir las sensaciones, y que hace se segregue mayor cantidad de fluido nervioso ó principio vital. Barry (*Elements of pathology and therapeutic*) considera demostrada la naturaleza inflamatoria de la neuralgia facial; 1.° por las alteraciones anatómicas que se encuentran en algunos casos; 2.° por la estension de la enfermedad á muchos nervios en un mismo enfermo, estension que no puede verificarse sino por el intermedio de los vasos sanguíneos; 3.° por la disposicion que tiene el dolor á aumentarse ó disminuirse por todo lo que aumenta ó disminuye tambien los movimientos del corazon, y 4.° por la analogia de los efectos curativos pro-

ducidos en esta enfermedad por los mismos medios que se emplean en las afecciones que dependen evidentemente de un aflujo considerable de sangre. Monfalcon (loc. cit.) opina que «alguno que otro punto oscuro de la historia de las neuralgias, *si es que realmente existe*, no destruye el valor de tantas pruebas y la evidencia de tantos caractéres, que deben inclinar á los nosólogos á descartar las neuralgias de la clase equívoca de las neurosis para colocarlas en las flegmasias.» En 1825 Roche y Sanson no veian en la prosopalgia mas que una *neuritis facial*.

»Fácil es destruir todas las pruebas y caractéres, que tan concluyentes le parecen á Monfalcon. En efecto, ¿cómo concebir una flegmasia, que no se revela por ninguna alteracion anatómica, que produce fenómenos simpáticos intermitentes y se resiste á la medicacion antiflogística y hasta se agrava con su influencia?

»¿Se podrán distinguir con Bellingeri prosopalgias de diversa naturaleza? Diremos que la que sucede á la supresion de las reglas, de las hemorroides ó de una hemorragia habitual, es *inflamatoria sanguinea*; que la que resulta de una congestion sanguínea prolongada mucho tiempo, de una causa traumática ó reumática, de la supresion de la traspiracion ó de la repercusion de una afeccion cutánea, es *inflamatoria flogística*; que la que depende de la accion del frio y de la humedad se convierte en *inflamatoria reumática*, despues de haber sido inflamatoria flogística; que la que es producida por un cuerpo estraño, un diente cariado, la presencia de gusanos, de tumores en los senos frontales ó maxilares, ó por la sífilis, es *irritativa*, y que es en fin *nerviosa* la que depende de afecciones morales ó de causas simpáticas? Ningun hecho hay que justifique estas hipótesis, que solo sirven para hacer mas oscura la nosografia sin utilidad ninguna para la práctica.

»Si se nos pregunta, pues, cuál es la naturaleza de la prosopalgia, nos limitaremos á contestar con Halliday, que la enfermedad que nos ocupa es una neuralgia.

»Asiento.—Llegamos ya á una de las cuestiones mas dificiles y controvertidas que se encuentran en la historia de la neuralgia de la cara: no pretendemos resolverla en vista de las opiniones contradictorias que dividen todavía la ciencia en la actualidad, y nos contentaremos con presentar al lector los materiales de un proceso, en el que los hombres mas eminentes no han podido conseguir que se acepte definitivamente su fallo. Por otra parte, no podemos entrar en todos los pormenores *fisiológicos* que se refieren á esta cuestion, limitándonos por lo tanto á reasumir los hechos que tienen una relacion directa con la materia que nos ocupa, y en que se apoyan ambas partes para sostener las aserciones contradictorias que vamos á reproducir.

»Los primeros autores que observaron la prosopalgia no vacilaron en colocar el asiento de esta afeccion en los nervios de la cara: y he aquí el resumen de las principales razones en que funda Boyer esta opinion: 1.° el dolor mas vivo ocupa y sigue casi siempre el trayecto de un nervio considerable, y sus irradiaciones parecen propagarse imitando las divisiones y subdivisiones del ramo afectado; 2.° la seccion del nervio calma inmediatamente el dolor, el cual vuelve á presentarse despues de la cicatrizacion; 3.° si despues de descubierto el nervio por aplicaciones sucesivas de cáusticos, como hacia André, se le toca ó se tira de la escara que lo cubre, se renueva al momento el dolor; y 4.° en fin, se produce este mismo efecto comprimiendo al través de la piel alguno de los principales ramos del nervio afectado (loc. cit., p. 342). La segunda razon no tiene valor alguno, puesto que la seccion de un nervio calma todo dolor en las partes en que se distribuye, cualquiera que sea su causa anatómica; y conviene añadir á la última, que cuando la presion es moderada aumenta el dolor, y segun Valleix y otros autores le aumenta siempre. Modificadas de este modo las proposiciones de Boyer, son suficientes para fundar una asercion, que por otra parte nadie pone en duda.

»¿Los nervios de la cara se afectan primitiva ó consecutivamente? ¿Pueden ser todos sin distincion asiento de la prosopalgia? Lentin pregunta si el asiento primitivo y propio de la enfermedad no será en la médula oblongada, de donde fácilmente podrá estenderse hácia abajo á la médula, y hácia arriba al cerebro. Bellingeri cree que el cerebelo puede ser en algunos casos el punto de partida de la neuralgia de la cara. El doctor Chapmam se espresa de la manera siguiente: «La enfermedad tiene unas veces su orígen en uno de los centros nerviosos, propagándose por los cordones que de él proceden hasta sus últimas ramificaciones; y otras sucede lo contrario, pues partiendo de la periferia se difunde hácia el centro. Cuando la prosopalgia proviene del cerebro, añade este autor, va precedida de cefalalgia, de confusion en las ideas, de alteracion en los sentidos y de turgencia de los vasos de la cabeza» (*The American journ. of med. sc.*, agosto, 1834). Bell hace depender la prosopalgia de la influencia del gran simpático; y Chapmann (loc. cit.) asegura, que ningun nervio cerebral ni ganglional se halla completamente exento de padecer esta afeccion. No siendo estas aserciones mas que hipótesis, exhaustas de hechos y de pruebas anatómicas ó patológicas en que apoyarse, no nos detendremos en discutirlas.

»Berard (art. cit.) describe con el nombre de *prosopalgia* una neuralgia del ramo posterior del segundo par de nervios cervicales; pero esta afeccion, suponiendo que exista, no constituye en todos los casos una neuralgia de la *cara*; hablaremos de ella mas adelante.

»Redúcese, pues, la cuestion, como puede

conocerse, á indagar si la prosopalgia puede tener su asiento en uno ú otro de los grandes nervios que se distribuyen por la cara, ó en otros términos, si existen *neuralgias trifaciales* y *faciales*.

»Asi que se conoció, dice Berard, que la prosopalgia era una afeccion de los nervios de la cara, se creyó que todos los nervios de esta region podian ser indiferentemente el asiento del dolor.» *Dolor acerbissimus*, dice Frank al definir esta enfermedad, *ex uno alterove ramorum facialium quinti aut septimi nervorum paris emanans*. Mucho tiempo trascurrió, sin que se negase la existencia de una y otra de estas variedades neurálgicas, sin que se tratase de determinar su frecuencia relativa, comprendiéndolas ambas con la denominacion de *prosopalgia*; y apenas se procuraba establecer el asiento anatómico preciso de la neuralgia en las descripciones que se hacian de esta enfermedad. Pero desde que Mareschal propuso y ejecutó la seccion del nervio enfermo, debieron necesariamente los cirujanos ocuparse en determinar cuál podia ser este; para lo cual se fundaron en la consideracion del trayecto que seguian los dolores, y se distinguieron neuralgias del quinto par y neuralgias del nervio facial. La existencia de estas últimas fué admitida sin objeciones, y Roux ha practicado la division de la porcion dura del sétimo par.

»Mas los trabajos de Bell cambiaron de pronto el estado de la cuestion: habiendo creido reconocer este fisiólogo que el nervio facial, destinado únicamente á los movimientos de la cara, no gozaba de sensibilidad alguna, dedujo de aqui que no podia ser asiento de una percepcion dolorosa, ni por consiguiente padecer nunca neuralgia, y que esta enfermedad residia constantemente en uno de los ramos del trigémino. Estas opiniones fueron adoptadas por unos, combatidas por otros, y despues de una polémica, sostenida en obras, memorias y discusiones académicas, todavía se halla poco menos que indecisa la cuestion. Vamos á reproducir la parte de esta polémica, que se refiere especialmente á la materia que nos ocupa.

»Dos clases de pruebas pueden invocarse para establecer ó negar la existencia de las neuralgias del nervio facial: empezaremos por la que tiene menos valor.

»A. *Pruebas patológicas*. — 1.° *Sintomáticas*.—Ya hemos dicho que los dolores que caracterizan las neuralgias de la cara siguen la direccion conocida de los ramos nerviosos que se distribuyen por esta region, y que el trayecto doloroso indica, de una manera bastante precisa por lo que toca al nervio trigémino, los ramos donde tiene su asiento el mal. Del mismo modo se ha querido tambien establecer la existencia de la neuralgia del sétimo par, y muchos autores han referido observaciones, en las que han demostrado que los dolores se sentian en las regiones parotidea, auricular y temporal, siguiendo la direccion de los filamentos del nervio facial. No podemos nosotros referir con todos sus pormenores estos hechos, que por lo demas solo ofrecen de particular la indicacion del trayecto que sigue el dolor, y remitimos al lector que quiera enterarse de ellos mas profundamente á la obra de Halliday (p. 80) y á la tésis de Chaponniere (p. 9), en la cual los encontrará consignados casi todos. Se ha dicho que esta prueba no tiene ningun valor, puesto que los ramos del trigémino se unen al facial detrás de la mandíbula, y acompañan á las ramificaciones de este que se distribuyen por las sienes y la cara. «No hay, pues, dice Berard (art. cit.), ninguna razon anatómica para suponer que sea mas bien uno que otro de estos nervios el asientos del dolor, y la analogia nos inclina á creer que reside en el quinto par, puesto que es bien evidente que la prosopalgia de las demas partes de la cara tiene su asiento en las divisiones de este nervio de la *sensacion*. Concluiré repitiendo, que un dolor que parta al parecer de la region parotidea para estenderse á las demas partes de la cara ó de las sienes, al mismo tiempo que seguirá el trayecto del facial, recorrerá igualmente el de algunos ramos del trigémino.»

»Las paralisis parciales de la cara, producidas por una lesion evidente del sétimo par, van acompañadas á veces de dolores muy agudos, de una insensibilidad mas ó menos completa, y de la disminucion del olfato y del gusto. Estos fenómenos prueban, segun los partidarios de la neuralgia facial, que el nervio del sétimo par corresponde igualmente á las sensaciones que al movimiento. Pero sus antagonistas responden á este argumento, que en los casos citados la afeccion que tenia su asiento en el facial, se ha propagado al trigémino por medio de las anastomosis de estos dos nervios.

»2.° *Anatómicas*. — Estaria demostrada la existencia de las neuralgias faciales, si en los casos en que siguen los dolores la direccion de los ramos del sétimo par, pudiera comprobarse alguna alteracion de este tronco nervioso; pero lo que hemos dicho al principio de este artículo ha debido hacernos prever que no existen tales pruebas. En efecto es así: solo Dupuytren ha encontrado una vez el nervio facial mas grueso que el del lado opuesto; pero este hecho es único en la ciencia.

»B. *Pruebas fisiológicas*. — Numerosos son los trabajos que se han emprendido para determinar las funciones del sétimo par; y para probar su insensibilidad, refiere C. Bell las pruebas siguientes:

»Habiendo tendido en el suelo un asno, al cual se le apretaron por algunos segundos las aberturas de la nariz para hacerle jadear y que dilatase este órgano con fuerza en cada inspiracion, cortamos la porcion dura del sétimo par correspondiente á un lado de la cabeza, y cesó instantáneamente el movimiento de la nariz del mismo lado, mientras que la otra continuó dilatándose y contrayéndose.

»Si se practica la seccion del sétimo par, el

animal no demuestra sentir ningun dolor. Cuando se toca ligeramente este nervio, entran inmediatamente los músculos en convulsiones violentas, sin que el animal demuestre tampoco sensibilidad alguna; pero si por el contrario se hace una puntura en el quinto par, difícilmente se contraen los músculos, pero se observa el mas vivo sufrimiento. La seccion del nervio facial en nada disminuye la sensibilidad de la cara; mientras que la del trigémino produce la pérdida de la sensacion, aun cuando se halle el sétimo par perfectamente intacto (*Exposition du sisteme naturel des nerfs du corps humain*, trad. de Genest; París, 1825, p. 62 y sig.).

»Se han impugnado estas aserciones por muchos autores; pero solo reproduciremos los argumentos del que las ha combatido con mas precision.

«El nervio trigémino y el facial, dice Jobert, son ambos sensitivos y motores; y si es que puede establecerse una distincion funcional entre ellos, ha de consistir en su distribucion y no en su naturaleza. Si el trigémino se distribuyera por los músculos superficiales de la cara, desempeñaria la misma funcion que el nervio facial.

»C. Bell ha caido en un grave error, al asegurar que el nervio facial no goza de sensibilidad; pues es indudable que posee esta facultad en muy alto grado. Cuando se irrita este órgano puesto al descubierto en un asno, la sensibilidad no es obtusa, como pretende el fisiólogo inglés, sino que al contrario es viva é intolerable» (loc. cit., p. 188).

»Entre C. Bell, que niega toda sensibilidad al sétimo par, y Gœdechens que pretende que este nervio es por el contrario, sensible *por sí mismo*, existe una opinion media, segun la cual el nervio facial es sensible, pero únicamente á causa de las anastomosis que tiene con el trigémino; de modo que para decidir la cuestion, seria preciso destruir préviamente la influencia del quinto par. Pues bien, Backer, Magendie y Lund, afirman que el nervio facial es completamente insensible cuando se ha interrumpido la continuidad del quinto par en su origen. Berard adopta completamente la asercion de estos fisiólogos, pero la combaten Echricht y Jobert: «Es en vano, dice este último autor, que se invoquen las anastomosis para esplicar la sensibilidad, y sin razon afirman Magendie, Lund y Backer, que este nervio no goza de ninguna sensibilidad despues de la seccion del trigémino: yo he sido mas feliz que estos observadores; pues destruido el quinto par he observado que el sétimo, puesto al descubierto, aparecia doloroso» (loc, cit., p. 229).

»Qué partido podrá tomarse entre opiniones tan diametralmente opuestas, sostenidas por autores tan recomendables? Por un lado C. Bell, Shaw, Magendie, Mayo, Chaussier, Hildenbrandt, Berard, etc., niegan positivamente la existencia de las neuralgias faciales, y por otro a consideran muy demostrada Walon, Hartman, Halliday, Chaponniere, Jobert, etc. «El nervio trigémino, dice este último autor, padece con mas frecuencia de prosopalgia que el facial, porque distribuyéndose principalmente por la piel y las membranas mucosas, se halla mas espuesto á las impresiones atmosféricas; pero todos los nervios de la cara sin escepcion estan sujetos á la neuralgia, y esperamos que no tardarán mucho en disiparse todas las dudas respecto de este punto» (loc. cit., p. 632). Nosotros, pues, permaneceremos indecisos hasta que llegue este momento; pero entretanto copiaremos en el artículo inmediato la descripcion de una neuralgia del nervio facial descubierta últimamente, y que se ha creido compatible con la circunstancia de hallarse este nervio esclusivamente encargado del movimiento.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Sauvages (*Nosologie methodique*) coloca la prosopalgia entre las enfermedades convulsivas (clase IV, órden 1.°, *espasmos parciales tónicos*); clasificacion evidentemente viciosa, puesto que solo en el menor número de casos ocasiona esta afeccion contracciones convulsivas de los músculos de la cara. Reuniendo Pinel (*Nosografia filosófica*) esta enfermedad á las demas neuralgias, forma de ellas el tercer órden (*Neurosis de la locomocion y de la voz*), de su cuarta clase (*Neurosis*). En 1825, no viendo Roche y Sanson (*Nuevos elementos de patología*), en la neuralgia de la cara mas que una flegmasía, la incluyeron en el segundo órden (*irritaciones del sistema nervioso*) de su primera clase. Pero en la actualidad, en que la influencia de la escuela fisiológica se ha reducido á sus justos límites, conviene adoptar la clasificacion de Andral (*Curso de patología interna*), que incluye la prosopalgia en las *lesiones funcionales* de los cordones nerviosos.

»Historia y bibliografía.—Los antiguos no concedieron en sus cuadros nosológicos un sitio distinto á la neuralgia de la cara; y si observaron esta enfermedad, la confundieron, bajo el nombre de *cefalea*, con gran número de afecciones muy diversas, siendo muy dudoso que ciertos pasages de las obras de Hipócrates en que se quieren encontrar los caractéres de la prosopalgia, se refieran á ella en realidad. Tales son, por ejemplo, las siguientes líneas del padre de la medicina: «Phenicis affectio ea quidem erat dextro oculo fulgetræ sibi præmicare videbantur, parvoque postea temporis intervallo dolor ad tempus dextrum instabat »deinde per caput ad collum» (*Epid.*, lib. V). Areteo (*De caus. et sign. diuturn.*, lib. 1, capítulo 2) ha hecho una descripcion de cierta forma de cefalea, en la que falta poco, dice Halliday, para dar una idea justa y completa de la prosopalgia. «Formæ cephaleæ infinitæ sunt. »Quibusdam enim perpetuus dolor.... Non nullis per circuitus revertitur, ut iis qui quotidiana intermittente febricitant.... Dolor modo »est in toto capite, modo in dextra majis, modo in sinistra, modo circa frontem, aut sinci-

»put: hæcque eodem die incerto et erratice fie-»ri solent. Quidam dextra tantum parte dolent, »quidam læva; qua tempus vel auris, vel su-»percilium unum, vel oculus ad medium us-»que terminatur; vel qua nasus in æquas par-»tes dividit: ultra quem terminum dolor non »progreditur, dimidium tantum capitis occu-»pans.... Haud leve malum; quamvis intermit-»tit, quamvis exiguum esse prima specie vi-»detur: mam si acute interdum impetum fa-»ciat, fœda a'que atrocia detrimenta affert; »nervi distenduntur. facies obtorquetur; oculi »vel contenti instar cornu rigidi sunt; vel hue »atque illuc interius convelluntur, ac virtigi-»nose agitantur; in ipsisque dolor profundus »usque ad intimas tunicas descendit.... Neque »ulla causa præcessit, perinde at si quis ligno »plagam inflixerit.»

»Las obras de Galeno, Accio, Pablo de Egina y las de los árabes, nada ofrecen que pueda aplicarse á la neuralgia de la cara, y es preciso llegar hasta el siglo XVII, para encontrar documentos de algun valor y precision. En esta época se distinguió la prosopalgia de la odontalgia y de la jaqueca, y se hizo de ella una individualidad morbosa particular. Muchas observaciones bastante estensas se insertaron en las memorias de la academia de los curiosos de la naturaleza (*Miscell. acad. natur. curios.*, dec. 1, an. II, dec. I, an. III; *Act. acad. nat. cur.*, t. I, p. 347); pero André, cirujano de Versalles, fue el que verdaderamente en 1756 reconoció la naturaleza y asiento de la enfermedad, y publicó una descripcion (*Observations pratiques sur les maladies de l'urethre et sur plusieurs faits convulsifs*; París, 1756, en 12), que debe considerarse como la primera que haya dado á la neuralgia de la cara derecho de domicilio en los cuadros nosológicos. Fothergill escribió poco tiempo despues una memoria (*Of a painful affection of the face*; en *Med. observ. and inquir.*, n.º 49), á la que se dió mas valor del que tenia en realidad, y tanto, que muchos autores llamaron desde entonces á la prosopalgia, *enfermedad de Fothergill*. Ya hemos dicho que el médico inglés le atribuye una naturaleza cancerosa, que es imposible concederle. En 1782 insertó Thouret en las Memorias de la sociedad real de medicina (*Ann.* 1782-83, página 204) un escrito, donde se encuentran muchas observaciones bastante curiosas. Por último, en 1787 publicó Pujol la primera monografia que se ha dado sobre la materia (*Essai sur la maladie de la face nommée tic douloureux*, París, 1787 en 12), reasumiendo en ella con talento los hechos que se encontraban dispersos en los anales de la ciencia.

»En 1800 sustituyó Chaussier el nombre de *neuralgia facial* al de *gesticulacion dolorosa*, y fué el primero que describió cuidadosamente las diversas formas de la afeccion relativas á su asiento (*Tableau synoptique des nevralgies*). Despues de él se limitaron por mucho tiempo los nosógrafos á reproducir su descripcion, que es la misma que se encuentra en la *nosografia filosófica* de Pinel. En 1818 publicó no obstante Bellingeri una monografia, que es aun en la actualidad una de las mejores que pueden consultarse.

»Las investigaciones de Bell sobre la estructura y funciones de los nervios, dieron nuevo impulso á la historia de la prosopalgia. Hasta entonces se habian indicado de una manera bastante satisfactoria los síntomas generales, las causas y la terapéutica de la enfermedad; pero no se habia tratado de determinar su asiento anatómico. Entre los trabajos publicados con posterioridad á esta época mencionaremos especialmente los siguientes: *Considerations pratiques sur les nevralgies de la face*, París 1832; en cuyo opúsculo ha reunido Dezeimeris bajo el seudonónimo de Halliday, casi todos los hechos conocidos en la ciencia, formando de su reunion la mejor monografia que poseemos sobre la prosopalgia; y estudiando especialmente la terapéutica y bibliografia con un cuidado notable; y el *Essai sur le siège et les causes des nevralgies de la face*, por Chaponniere, tés. de Paris, 1832, núm. 113; en donde se halla espuesto todo lo que hemos dicho de las causas de la prosopalgia.

»Gran número de memorias y observaciones se han insertado en los diferentes periódicos de medicina franceses y de otras naciones, y se han publicado sobre esta materia algunas tésis que conviene consultar, y de las cuales se halla una indicacion casi completa en la obra de Halliday, á donde remitimos al lector. Mencionaremos sin embargo los autores siguientes: Lentin (*Hufeland's journal* bd. IX, st. I, página 56), Waton (*Journal de medecine*, 1793, tomo XCIII), Breiting (*Hufeland's journal*, bd. XXV, st. IV), Klein (*Siebold's Chiron*, bd. II, p, 157), Hamel (*De la nevralgie faciale* th. de París 1803), Meglin (*Recherches et observations sur la nevralgie faciale*; Strasbourg, 1816) y Masius (*Hecker's annalen* bd. VI). Ya hemos hecho mencion en el artículo anterior de la notable monografia de Valleix y de algunos otros autores (V. la *Historia y biliografia de las neuralgias de la vida de relacion*).

»El artículo *Neuralgia* de la gran *Enciclopedia inglesa* es muy incompleto; y el que se encuentra en el *Diccionario de medicina* está formado casi enteramente con el opúsculo de Halliday y la tésis de Chaponniere; pero se encuentra en él una profunda discusion sobre el asiento anatómico de la prosopalgia y buenas consideraciones prácticas.» (Monneret y Fleury. *Compendium*, etc., t. III, p. 596-617).

ARTICULO IV.

Neuralgia facial.

»La descripcion de esta neuralgia se debe al Sr. François.

»Los autores que antes de él se habian ocu-

pado de la neuralgia facial solo tuvieron en cuenta la neurosis *dolorosa* de la cara; unos admitian la distincion de nervios *sensitivos* y *motores*, y otros la negaban: los primeros pretendian que la neuralgia de la cara, es decir, la *neurosis de las sensaciones*, solo podia ocupar el quinto par, y los segundos que podia igualmente tener su asiento en el sétimo. En este estado se encontraba la cuestion, cuando dos ó tres hechos han venido á demostrar, que puede padecer la cara una *neurosis del movimiento* sin alteracion alguna de la sensibilidad, que pertenece manifiestamente al sétimo par. A esta neurosis del movimiento es á la que se da el nombre de *neuralgia facial*, y con este nombre la describiremos aqui, aunque no deja de ser vicioso, puesto que se aplica á una afeccion que no va acompañada de dolor alguno; «pero la neurosis del movimiento, dice François, es para el nervio facial lo que la de la sensacion para el trifacial: en ambos casos se halla exagerada la funcion, y si los síntomas no son idénticos, es porque difieren entre sí las funciones de estos nervios. Asi es que el facial, como motor, espresa su padecimiento por contracciones musculares; mientras que el trigémino, como sensitivo, lo manifiesta por el dolor.» Resulta, pues, que el descubrimiento de una neurosis de los movimientos, situada en el nervio facial, sin que produzca ningun dolor, es una nueva prueba de las doctrinas de Bell. Empero no intentamos ahora entrar en la parte fisiológica de esta cuestion, y solo consideraremos, bajo el punto de vista de la patologia, los hechos que sirven de base á nuestra descripcion, que tomamos del opúsculo de François (*Essay sur les convulsions idiopathiques de la face*; Bruselas, 1843).

»Síntomas.—La enfermedad sobreviene repentinamente, y en algunos casos la precede la parálisis facial (Marshall-Hall, Romberg). Una parte ó la totalidad de los músculos de la cara en que se distribuye el sétimo par á su salida del agujero estilo-mastoideo, se hallan agitados de ligeras contracciones, que se convierten en verdaderas convulsiones al cabo de algun tiempo.

»Estas son por lo comun clónicas, intermitentes, mas ó menos violentas, rápidas y pasageras, ó bien continuas, durando de diez á doce segundos; se reproducen con intervalos variables, que ora son de diez á quince minutos (François), ó aun mas, ora no pasan de algunos segundos. Estas convulsiones pueden verificarse por la noche durante el sueño, igualmente que por el dia, ó bien al contrario suspenderse en el discurso de aquella (Hairion). Algunas veces son manifiestamente mas notables durante las vicisitudes atmosféricas y las estaciones húmedas (id.), habiéndose calmado á veces con el viento sud (Dieffenbach). Se las ha visto disminuir de energia cuando los enfermos abrian ó cerraban la boca con cierta fuerza; pero generalmente se hacen mas perceptibles é intensas, siempre que cierran los ojos repentinamente y con fuerza, cuando estornudan, rien, mascan, etc. (Marshall-Hall). Dieffenbach habla de un enfermo en quien sobrevenian al instante las convulsiones cuando queria cerrar un ojo.

»Las convulsiones se perciben casi siempre simultáneamente en los músculos superficiales de la cara; de modo que aplicando la mano, puede verse y sentirse muy bien que entran en convulsion la parte superior de la frente, la ceja, el orbicular de los párpados, la parte media de la mejilla, la raiz del ala de la nariz, la comisura de los labios, la sínfisis del menton y el músculo cutáneo, etc. (François, loc. cit., p. 6). En el hecho observado por François se hallaban exentos de convulsiones los músculos estilo-hioideo, digástrico, occipital, auricular, y el velo palatino, en los que se distribuyen ramos del nervio facial; pero esto se esplica por la disposicion anatómica de las partes. «Los ramos que se distribuyen por los músculos estilo-hioideo y digástrico, en el velo del paladar y la lengua, se introducen profundamente debajo de la mandíbula para llegar á su respectivo destino, cuya direccion los sustrae probablemente á la accion de las causas que determinan el mal; y en cuanto á la falta de convulsion en los músculos occipital y auriculares, es preciso recordar que son tan poco pronunciados en el hombre, que es difícil apreciar sus movimientos; los cuales hasta se han hecho imposibles en la mayor parte de las mujeres, por el hábito que tienen de comprimirse la cabeza para sostener el peinado» (François loc. cit., p. 11).

»Sin embargo, Romberg ha visto un caso en que los movimientos convulsivos ocupaban los músculos auriculares, y François refiere que un enfermo esperimentó un acceso terminal, durante el cual se hicieron tan violentas y contínuas las convulsiones, que el individuo creyó que iban á desgarrarse sus labios; sintió al mismo tiempo fuertes sacudidas en la boca y una constriccion estraordinaria en la garganta, como si estuviera estrangulado, que le inspiraron mucho temor. «Es de creer, dice François, que en este paroxismo los músculos del velo del paladar, el estilo-hioideo, el vientre posterior del digástrico, y en una palabra, todos aquellos en que se distribuye el nervio facial, participaron un momento de las contracciones espasmódicas de los del mismo lado de la cara» (loc. cit., p. 79).

»El espasmo convulsivo general es segun Romberg susceptible de descomponerse, y no invadir mas que las partes sometidas á la accion de un solo ramo nervioso, como sucede en la neuralgia trifacial.

»Es notable la deformidad de la cara durante las convulsiones: el lado enfermo atrae hácia sí el sano; el menton, la boca y la nariz estan desviados tambien hácia aquel, y la ceja enferma se halla mas alta que la sana.

»En los dos casos observados por Marshall-

Hall, las convulsiones eran tónicas y permanentes, pero sobrevenian en diversos puntos movimientos convulsivos rápidos.

»En el enfermo observado por François se hallaba completamente intacta la sensibilidad y no existia dolor alguno en ningun punto de la cara. En uno de los tres enfermos cuya historia refiere Marsall-Hall, el lado enfermo estaba algo entorpecido y menos caliente que el sano; y en otro estaba hinchado el lado enfermo, *sumamente dolorido* y la *sensibilidad de la piel muy disminuida*; de lo cual deduce François que estaban simultáneamente afectados el quinto y sétimo par. No repetiremos aqui las consideraciones que se refieren á este punto, pues las dejamos ya espuestas en otro lugar.

»La prehension de los alimentos, la masticacion y la palabra son mas ó menos difíciles durante las convulsiones; pero en los intervalos que las separan, se desempeñan perfectamente todas las funciones.

»Curso, duracion y terminacion.—El *curso* es por lo comun regular; sin embargo, Hairion habla de un enfermo, en quien desaparecieron las convulsiones por un mes sin causa conocida, y se reprodujeron del mismo modo. La *duracion* varia mucho; pero generalmente es larga como en todas las neurosis. De 4 casos ha durado 20 años en un uno, 5 en otro, 4 en el tercero y un mes en el cuarto: solo en uno de ellos se curó el mal espontáneamente.

»Diagnóstico, pronóstico.—Esta enfermedad pudiera confundirse con uno de esos hábitos viciosos que se observan á veces en los niños y aun en los adultos; pero estos se disipan ó se suspenden con el ejercicio, la distraccion, y las emociones morales vivas; pueden contenerse con una voluntad fuerte y una atencion sostenida; ceden, aparecen, aumentan, disminuyen ó se suspenden sin causa perceptible, y los movimientos espasmódicos son parciales, irregulares y fugaces, no se desarrollan con tanta rapidez, ni tienen la uniformidad, estension, persistencia ni intensidad de las contracciones musculares de la neuralgia facial. Para asegurarse François de que el estado de un enfermo que examinaba no era efecto del hábito, de la imaginacion, de la voluntad, ni de una ficcion, le aproximó repentinamente á la cara un punzon enrojecido hasta el blanco, y aunque fué muy grande el sobresalto del enfermo, nada se aumentaron ni disminuyeron las contracciones (loc. cit., p. 24).

»En la meningitis simple, sobre todo en la tuberculosa y en algunos casos de encefalitis parcial, hay á veces convulsiones limitadas á la cara; pero bien pronto pierden este carácter y existen ademas otros síntomas que hacen imposible el error.

»La neuralgia trifacial va en ciertos casos acompañada de movimientos convulsivos de la cara (v. el art. anterior); pero la presencia, la violencia, el carácter y la direccion de los dolores, indican la naturaleza y el asiento del mal.

»El *pronóstico* es grave en cuanto á la duracion de la enfermedad.

»Causas.—Entre 6 casos de neuralgia facial habia 4 mujeres y 2 hombres; y tres veces que se tuvo en cuenta la edad, era de cincuenta, de cuarenta y de diez y siete años. Una vez se presentó sin causa alguna apreciable, y otras á consecuencia ó durante el curso de un reumatismo muscular: la causa determinante manifiesta ha sido en dos casos la impresion del frio. «Asi pues nos inclinamos á creer, dice François, que la impresion del frio es susceptible de ocasionar toda la série de enfermedades á que estan sometidos los nervios facial y trigémino, es decir: 1.º la anestesia é hiperestesia respecto de este último que es sensitivo, y 2.º la paralisis y las convulsiones clónicas ó tónicas respecto del facial que es motor; ó sea la suspension ó la exageracion funcionales de ambos nervios; resultando que unas mismas causas producen unos mismos efectos con las diferencias debidas al respectivo destino de estos cordones nerviosos.

Tratamiento.—Romberg recomienda la disolucion del borax y la compresion continua por medio de una pelota convenientemente aplicada. La enfermedad se resistió á todas las medicaciones en la mujer observada por François. «Ni los modificadores mas enérgicos del sistema nervioso como la morfina, la veratrina, la estricnina, los estractos de tabaco, de estramonio y de belladona, administrados inmediatamente por el método endérmico, en unturas, fricciones ó fomentos; ni los tónicos, los amargos, los marciales, los purgantes, los anti-espasmódicos usados al interior en todas formas; la aplicacion del frio y los vejigatorios á la mejilla, ni la galvano-puntura, etc., pudieron moderar las contracciones musculares (François, loc. cit., p. 25, 26).

»Dieffenbach ha hecho la seccion subcutánea de todos los músculos de la cara, y las convulsiones fueron reemplazadas por un temblor muscular poco incómodo (*Ueber die durchschneidung der Shenen und Muskeln*; Berlin, 1841).

»Naturaleza, clasificacion, historia y bibliografia.—La afeccion que acabamos de describir es una neurosis del movimiento de la vida de relacion.

»Encuéntranse segun François en Areteo (*De causis et natura morborum diuturn.* lib. I, cap. 7), en Celio Aureliano (de *Morb. chron.*, libro II, cap. 2), en Pablo de Egina, Actio, Avicena y Rhasis algunos pasages que se aplican á las convulsiones idiopáticas de la cara.

»Foresto (*opera omnia*, Francfort, 1619; de *Morb. cereb.*, lib. X, obs. 125) y Mercurial (*Medic. practic.*; Lugdun., 1623; *de Affect. capit.*, cap. 21, p. 116) han hecho un cuadro del mal, mas completo que el de los árabes.

»Un pasage de Haen (*Ratio medendi*, parte IV, cap. 8) es segun François sumamente esplícito.

»Creemos que no es posible decidirse sobre el verdadero sentido de estos pasages; pues cuando se escribieron no se sabia distinguir suficientemente unas de otras las afecciones del quinto y sétimo par, ni aun las enfermedades del cerebro y de sus membranas.

»Marshall-Hall (*On the diseases and derangements on the nervous sistem.*; Londres, 1841), refiere tres observaciones de convulsiones idiopáticas de la cara; pero las incluye en la historia de la paralisis facial, fundándose en su doctrina bien conocida, que consiste en considerar el espasmo como un efecto secundario de la causa que produce primitivamente la paralisis (ob. cit., p. 282, 283). Romberg consagró en 1843 un capítulo á las convulsiones de la cara (*Lehrbuch der nervenkrankheiten des Menschen*, Berlin, 1843, bd. I, ahth. II); pero á François es á quien pertenece el honor de haber llamado la atencion de los observadores sobre esta curiosa enfermedad, y de haber establecido su verdadera naturaleza. De la memoria de este médico (*Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*; Bruselas, 1843), hemos tomado los elementos para componer nuestro artículo» (Mon. y Fl., *Compendium*, t. VI, página 188-191).

ARTICULO III.

Neuralgia cérvico-occipital.

«Los ramos posteriores de los cuatro primeros pares cervicales se dirigen hácia la piel, y envian numerosas ramificaciones, que anastomosándose unas con otras, forman el *plexo cervical posterior*. La rama posterior del segundo par da un ramo mas considerable que los otros, que atravesando el complexo mayor hácia la parte superior del cuello, se hace subcutáneo, abraza á la arteria occipital (*nervio occipital mayor*), se dirige de abajo arriba, y se esparce en muchas ramas divergentes, que cubren la region occipital y se estienden hasta la parietal.

»Las ramas anteriores de los mismos pares cervicales forman el *plexo cervical superficial*, que da los principales ramos siguientes.

»El *ramo cervical superficial*, que naciendo de la parte media del cuello detrás del borde esterior del esterno mastoideo, se distribuye en la parte anterior y superior del cuello, y en la inferior de la mejilla.

»El *auricular*, que rodea el borde posterior del músculo esterno-mastoideo, y da filamentos á la cara, á la glándula parótida y á la parte posterior de la oreja.

»3.° El *mastoideo* ó *nervio occipital menor*, que se dirige paralelamente al occipital mayor en las regiones occipital y parietal.

»4.° Los *ramos supra-claviculares*, que se distribuyen en el triángulo supra-clavicular.

»Estos diversos ramos nerviosos presentan en resumen seis centros principales: *dos de emergencia*; uno por debajo del occipucio, un poco al lado esterno de las primeras vértebras cervicales, que corresponde al plexo cervical posterior (punto occipital), y otro un poco mas abajo de la parte media del cuello, entre el borde anterior del músculo trapecio, y el esterior del esterno-mastoideo, que pertenece al plexo cervical anterior (centro cervical superficial); y *cuatro de reunion y distribucion*: el primero, en la piel que cubre las partes inmediatas á las tres primeras vértebras cervicales, que corresponde al plexo cervical posterior; el segundo en la parte superior y anterior del cuello, que pertenece al cervical anterior; el tercero por encima de la apofisis mastoides (punto mastoideo), y de la concha de la oreja (punto auricular), que corresponde al plexo cervical anterior; y el cuarto en fin, hácia la elevacion parietal, que es comun á uno y otro plexo (punto parietal).

»Estos pormenores anatómicos, cuidadosamente indicados por Valleix (*Traité des nevralgies*; p. 228, 231; París, 1841), debe tenerlos presentes el médico, cuando se ocupe de una neuralgia cérvico-occipital.

»Síntomas.—Los enfermos esperimentan dos clases de dolores que es preciso distinguir: contínuos y lancinantes.

»El *dolor contínuo* es sordo, gravativo, contusivo y se aumenta por la presion; se percibe en uno ó muchos puntos de los que acabamos de enumerar, con una intension variable, principalmente en el occipital y mastoideo, donde es mas constante y estenso. Los puntos doloridos son á veces muy pequeños, bastando la pulpa del dedo para cubrirlos en totalidad; pero en otros casos sucede lo contrario.

»Este dolor es en general tan poco intenso, que los enfermos no se quejan de él sino cuando se fija su atencion sobre este punto, siendo preciso hacer una presion enérgica y un exámen muy preciso para descubrirlo. Los puntos doloridos no pueden muchas veces circunscribirse con exactitud y parece que faltan.

»Uno de nosotros acaba de observar un enfermo, en quien el dolor contínuo ocupaba una estension bastante considerable de la region occipital, y disminuia sensiblemente con la presion ó las fricciones: en el lóbulo de la oreja se presentaba muchas veces un dolor muy intenso, que solo cesaba comprimiendo fuertemente la parte entre los dedos.

»Los *dolores lancinantes* ó *punzadas*, se presentan por accesos mas ó menos frecuentes, irregulares ó periódicos (Leydig, v. Halliday, *Considerations pratiques sur les nevralgies de la face*, p. 55; París, 1832); parten por lo comun del punto occipital, y á veces del parietal ó mastoideo, difundiéndose á la mitad correspondiente del cráneo y cuello, al pabellon de la oreja, y en ciertos casos al hombro del mismo lado. En algunos enfermos han sido muy agudos los dolores del pabellon de la oreja, propagándose hasta lo profundo del órgano.

»Al mismo tiempo esperimentan los enfer-

mos con bastante frecuencia punzadas en la mitad de la cara (frente, ceja, mejilla etc.), ó en el brazo correspondiente al lado afecto; pero los dolores de este género no corresponden á la neuralgia cérvico-occipital, sino que proceden de haber sido invadidos por la afeccion algunos ramos del trifacial ó del plexo braquial (v. *Complicaciones*).

»Las punzadas son provocadas á veces por la masticacion, la deglucion, por los movimientos de la cabeza y del cuello, por la accion de sonarse, estornudar, etc.

»El pulso está siempre normal, y los dolores constituyen comunmente toda la enfermedad. Sin embargo, los músculos afectos se hallan á veces agitados de movimientos convulsivos, habiéndose observado tambien el lagrimeo y un flujo nasal ó salival mas ó menos abundante.

»Esta neuralgia no ocupa comunmente mas que un solo lado, sobre todo el izquierdo, á lo menos segun se deduce del corto número de hechos que posee la ciencia. En las 7 observaciones que hemos analizado, la enfermedad ocupaba en 3 casos el lado izquierdo, y en uno el derecho; en 2 invadia ambos lados, y en 1 pasaba alternativamente de uno á otro.

»El curso, duracion y terminacion de la neuralgia cérvico-occipital en nada se diferencian de los de las demas neuralgias.

»Complicaciones.—La neuralgia cérvico-occipital va acompañada de la trifacial. Esta puede ser primitiva ó consecutiva; en cuyo último caso resulta de la estension del mal á los ramos del trigémino, y constituye una verdadera complicacion. Cuando es primitiva, depende por el contrario la neuralgia cérvico-occipital, de haberse propagado la del quinto par á las ramas cervicales, debiendo considerarse la prosopalgia como causa de la neuralgia cérvico-occipital.

La enfermedad se estiende á veces hasta los nervios intercostales y el plexo braquial, observándose entonces simultáneamente las neuralgias intercostal y braquial, que son verdaderas complicaciones.

»Diagnóstico.—Es imposible confundir la neuralgia que nos ocupa, cuando está aislada, con la trifacial, pues el trayecto de los dolores y el asiento especial que ocupan los centros doloridos, evitan todo error. Cuando la neuralgia cérvico-occipital se propaga á algunos ramos del trigémino, se necesita proceder con mas atencion; pero se aclara fácilmente el diagnóstico atendiendo al punto donde toman origen los dolores, y á su intensidad, que es mayor en los centros que dejamos indicados mas arriba.

»Los que admiten la existencia de una neuralgia facial, es decir, de una neurosis de la sensacion, ó neurosis dolorosa del sétimo par, reconocerán la existencia de la neuralgia cérvico-occipital que nos ocupa, por los caractéres propios de esta afeccion, por la falta de dolores en la sien y en las partes donde se distribuyen los ramos principales del facial.

»El *reumatismo del cuello* (tortícolis), podria confundirse mas fácilmente con la neuralgia cérvico-occipital; pero las punzadas no sobrevienen por accesos; el dolor es continuo, vago, y está esparcido uniformemente en los músculos del cuello; cesa casi del todo cuando el enfermo está inmóvil; lo provocan los movimientos del cuello; el dolor que produce la presion es menos vivo, mas estenso y hace ver que no existen centros doloridos circunscritos, y en fin, la enfermedad se disipa espontáneamente al cabo de algunos dias, ó cede á una aplicacion de sanguijuelas.

»Los mismos caractéres diferenciales presenta el *reumatismo epicráneo*, en cuanto al dolor, curso y tratamiento; y ademas suele entonces observarse fiebre, exacerbaciones por las tardes, acompañadas de un ligero delirio y de vómitos, y la piel del cráneo está rubicunda, caliente y tensa.

»Causas.—La única causa que hasta ahora haya podido atribuirse á la neuralgia que nos ocupa, es la accion de la humedad y del frio.

»Tratamiento.—En un caso han producido buen efecto las píldoras de Meglin, y en otro las fricciones mercuriales: en el enfermo observado por Leydig eran periódicos los accesos, y se obtuvo la curacion con el sulfato de quinina. Valleix ha curado dos casos aplicando dos vejigatorios volantes á la nuca; y nosotros acabamos de hacer lo mismo con una neuralgia cérvico-occipital muy antigua, valiéndonos del método endérmico (un vejigatorio á la nuca espolvoreado con 3/5 de grano de hidroclorato de morfina).

»Historia y bibliografia.—Encuéntranse ejemplos evidentes de la neuralgia cérvico-occipital, en André (*Obs. prat. sur les maladies de l'urethre, et sur plusieurs faits convulsifs*; observacion 5; París, 1756); Meglin (*Rech. et obs. sur la nevralgie faciale*, obs. 10; Estrasburgo, 1816), y Halliday (loc. cit., p. 55); pero se incluian en la *neuralgia trifacial* ó *facial*; siendo P. Berard el primero que en 1835 (*Dict. de méd.*, t. XII, p. 564), introdujo la neuralgia cérvico-occipital en el cuadro nosológico, aunque se contentó con mencionarla. Valleix (*Traité des nevralgies*, p. 226, 275), es el único que despues de él se ha ocupado de esta afeccion, describiéndola tan completamente como permite hacerlo el corto número de hechos que se han recogido.

ARTICULO IV.

Neuralgia cérvico-braquial.

»Los ramos posteriores de los cuatro últimos pares cervicales y del primero dorsal, atraviesan los músculos y dan muchos filamentos á la piel de la parte posterior é inferior del cuello (*centro cervical inferior*).

»Los ramos anteriores de estos cinco pares concurren á la formacion del *plexo braquial*, el

cual está situado al principio profundamente, haciéndose despues mas superficial y accesible al tacto en el fondo de la axila al nivel de la articulacion escápulo-humeral (*centro axilar*).

»El plexo braquial produce, antes de dar origen á los ramos que lo terminan: 1.° el *nervio supra-escapular*, que está situado superficialmente al pasar por encima del borde cóncavo de la espina del omóplato (*centro post-clavicular*), y 2.° el *axilar* ó *circunflejo*, que rodea el cuello quirúrgico del húmero y da un ramo cutáneo, que atravesando el deltóides, se distribuye por la piel que cubre la parte superior de este músculo (*centro deltoideo*).

»Entre los ramos terminales de este plexo, y los que de ellos nacen, deben mencionarse:

»1.° El *nervio mediano*, en el que hay que considerar el punto donde atraviesa al pronador redondo, y los en que da origen al ramo palmar cutáneo, y á los colaterales de los dedos.

»2.° El *cubital*, que se halla situado superficialmente alrededor de la epitróclea (*centro epitrócleo*), y cuando pasa por delante de la estremidad inferior del cúbito entre el hueso pisiforme y el ganchoso, para distribuirse por la mano (*centro cúbito-carpiano*).

»3.° El *radial*, que es accesible á la presion en el punto en que se introduce en la surco-humeral (*centro humeral*), y un poco por encima de la apófisis estiloides, cuando se divide para dar ramos colaterales á los primeros dedos (*centro estiloideo*).

»4.° En fin, el *músculo cutáneo*, que es superficial en todo su trayecto.

»Síntomas.—El dolor, ya sea contínuo ó ya lancinante, que acompaña á esta neuralgia, nada tiene de particular en sus caractéres, y no podriamos hacer otra cosa que repetir lo que hemos dicho al hablar de las neuralgias consideradas en general: lo único que debemos describir aquí es el sitio que ocupa y el trayecto que sigue, y para hacerlo de un modo conveniente es preciso considerar la afeccion, segun que se estienda á todo el aparato nervioso cérvico-braquial, ó solamente á alguna de sus partes. Valleix asegura, que todos los nervios procedentes del plexo braquial se hallan unidos entre si tan íntimamente, que la neuralgia no puede limitarse á uno de ellos; pero en las mismas observaciones de este médico y en los hechos de otros autores, encontramos la prueba de que no es exacta semejante asercion, ó que al menos es demasiado absoluta.

»*Neuralgia general.* — Los dolores se sienten en la parte inferior y posterior del cuello, en el hombro y en todo el brazo hasta la estremidad de los dedos. El dolor contínuo se exaspera por el contacto ó la presion en todos los *centros* que dejamos indicados mas arriba. En un caso referido por Valleix (*Traité des nevralgies*, observacion 221, p. 285) producia la presion un dolor vivo en los centros cervical, post-clavicular, deltoideo, axilar, epitrócleo, estiloideo y humeral. En otro enfermo se observaban centros doloridos: 1.° en la parte esterna de las apófisis espinosas de las últimas vértebras cervicales hasta la primera dorsal; 2.° por debajo de la estremidad humeral de la clavícula, delante de su segunda corvadura; 3.° en la parte media y superior del deltóides; 4.° por encima de la insercion inferior de este músculo; 5.° en medio de la fosa infra-espinosa; 6.° en lo mas profundo de la axila, cerca de la cabeza del húmero; 7.° hácia el tercio inferior y esterno del brazo; 8.° por delante de la epitróclea; 9.° en la parte anterior de la apófisis estiloides del cúbito; y 10.° delante de la parte inferior del radio (Valleix, obra cit., obs. 22, p. 268).

»Los centros doloridos son comunmente muy circunscritos, y no tienen mas que un dedo á uno y medio de diámetro: el centro axilar suele estar mas dolorido que los otros.

»Las *punzadas* se dirigen por lo comun desde la parte superior del miembro hácia la inferior, siguiendo el trayecto de los nervios (neurosis descendente); pero á veces parten de la axila y se dirigen al cuello (neuralgia ascendente); y otras, en fin, existe un doble curso divergente, cuyo centro se halla en el fondo de la axila (Valleix, obra cit., obs. 22, p. 268).

»Se siente en el miembro un entorpecimiento general muy incómodo, y una sensacion de frio considerable; los movimientos son muy dolorosos y algunas veces imposibles, figurándose los enfermos que tienen el brazo paralizado: en otros casos hay movimientos involuntarios y convulsiones. Cuando la neuralgia es muy intensa, es muy comun la cefalalgia, y una ligera frecuencia de pulso durante el acceso.

»La neuralgia se propaga á veces á los nervios intercostales, en cuyo caso se observan los desórdenes funcionales del corazon y los pulmones que acompañan á la neuralgia intercostal, de lo que menciona Piorry un ejemplo muy notable (*Memoire sur les nevralgies et sur leur traitement*, obs. 6, en la *Gaz. méd.*, p. 69-93, 1833).

»*Neuralgia circunfleja.*—Valleix refiere la observacion de un enfermo, en quien partia el dolor de la axila izquierda, y se irradiaba al muñon del hombro y á la parte lateral é inferior correspondiente del cuello, sin que se sintiera en ningun otro punto del miembro. Los movimientos de la cabeza hácia el lado derecho provocaban las punzadas, las que no se verificaban con los movimientos en sentido opuesto.

«*Neuralgia supra-escapular y músculo-cutánea esterna.*—Martinet habla de un enfermo, en quien, partiendo el dolor del ángulo inferior del omoplato, se estendia por su cara posterior, subia á la cresta supra-espinosa, rodeaba el lado esterno del brazo, se difundia por su cara anterior, atravesaba por el centro de la articulacion del codo, y descendia á lo largo del borde radial, á dos traveses de dedo por encima de la tuberosidad inferior del radio: cuando llegaba á este punto, costeaba la cara dorsal de la muñeca, para terminar en el pulgar y el ín-

dice. Si se hacia la menor presion en el ángulo inferior del omoplato, se propagaba el dolor inmediatamente hasta la flexura del codo siguiendo el trayecto indicado; y lo mismo sucedia cuando se comprimia ligeramente el nervio músculo-cutáneo esterno al nivel del pliegue del brazo ó en cualquiera punto de su estension (Martinet, *Essai sur les nevralgies considerées en general*, tés. de París, obs. 7, p. 28, número 70, 1818).

»*Neuralgia mediana.* — El doctor Jeffreys refiere un ejemplo de neuralgia mediana ascendente, en que el dolor partia de la estremidad del pulgar, y seguia á lo largo de la eminencia de este dedo y del borde interno del radio, hasta la flexura del codo, siguiendo el trayecto de los ramos del nervio mediano (*The London medical and physical journal*, t. IL, 372, 1823).

»*Neuralgia cubital.* — Esta es la mas frecuente de todas, y de ella refiere Valleix dos ejemplos notables (obra cit., obs. 24, 25). En el uno tenian los dolores su orígen en la parte interna de la flexura del codo; se estendian á lo largo del antebrazo, siguiendo exactamente el trayecto del nervio cubital, y se perdian en la mano. En el otro partian del fondo de la axila, y seguian con exactitud el trayecto de este mismo nervio, ora terminándose al nivel de la muñeca, y ora propagándose al dedo pequeño y anular. La presion daba á conocer tres centros doloridos muy circunscritos: el primero en el fondo de la axila, hácia la estremidad superior del húmero; el segundo en la epitróclea, y el tercero hácia la apofisis estiloides del cúbito. A. Scarpa ha visto un enfermo, en quien empezaba el dolor por un aura del antebrazo en la direccion del cúbito, sintiéndose al nivel del hueso pisiforme, en la palma de la mano y en los dos últimos dedos (*Revue medicale*, tomo II, p. 276, 183).

»*Neuralgia radial.*—El doctor Dupac (*Gaz. méd.*, p. 153, 1838) habla de una neuralgia radial, en la que partiendo el dolor del hombro, seguia el trayecto del nervio de aquel nombre, y se perdia en los tres últimos dedos. Otras veces sigue una direccion opuesta, es decir, que tomando orígen en los dedos subia con la rapidez del rayo por la cara dorsal de la mano y lado esterno del antebrazo, propagándose al hombro despues de haber costeado la parte superior del húmero (neuralgia ascendente). El miembro se hallaba agitado por contracciones involuntarias, y á los dos meses y medio enflaqueció notablemente.

»Curso.—La neuralgia cérvico-braquial reviste muchas veces una forma periódica, bajo la cual la ha observado Piorry. El caso de Dupac es muy notable bajo este aspecto: una neuralgia radial, que al principio fué descendente y despues ascendente, siguió al fin un curso irregular, haciéndose primero remitente, luego terciana doble remitente, y por último terciana simple. Los paroxismos se presentaban en forma de accesos, y empezaban por un escalofrio de corta duracion, seguido de un calor bastante considerable, de cefalalgia, de inyeccion de la cara y dureza del pulso.

»La duracion, terminacion, el diagnóstico y el pronóstico nada ofrecen de particular, y escusamos repetir aqui los signos que pueden distinguir la neuralgia, de la neuritis, del reumatismo muscular, etc.

»Causas.—Las causas de la neuralgia cérvico-braquial son las mas veces inapreciables; pareciendo que el frio y la humedad ejercen en este caso la influencia que ya les dejamos asignada. Aunque se citan muchos ejemplos en que la han producido violencias esteriores, golpes, caidas, quemaduras, contusiones, heridas, compresiones, etc., es porque los autores la confunden muchas veces con enfermedades distintas, siendo preciso decir con Valleix (loc. cit., p. 324), que las causas esternas pueden ocasionar asi una neuralgia como una neuritis, ó cualquier otra afeccion que simule á la primera.

»Tratamiento.—Se han empleado con buen éxito en la neuralgia que nos ocupa la trementina (Martinet), las píldoras de Meglin y las preparaciones marciales; pero los vejigatorios volantes simples (Valleix, loc. cit., p. 331) ó espolvoreados con una sal de morfina, constituyen la medicacion mas segura y eficaz. Cuando no bastan los demas medios, debe recurrirse al cauterio trascurrente (Jobert).

»El sulfato de quinina (Piorry, Dupac) y los arsenicales (Boudin) son muy eficaces cuando es periódico el mal.

»El doctor Cayroli ha hecho la escision del nervio cubital; pero á las quince horas se reprodujo el dolor» (Mon. y Fl., sit. cit.)

ARTÍCULO V.

Neuralgia dorso-intercostal.

»Sinonimia.—*Neuralgia torácica* de Nicod; *braquio-torácica* y *tóraco-braquial* de Piorry; *irritacion espinal* de Isaac Parrish y Griffin; *congestion sanguínea de la médula* de Ollivier; *neuralgia intercostal*, *epigástrica y lumbar* de algunos autores.

»La descripcion de los sintomas de la neuralgia dorso-intercostal exige conocer préviamente ciertas particularidades anatómicas, que mencionaremos en pocas palabras. Los nervios espinales nacen de la médula por dos raices: una anterior, que tiene su orígen en el manojo anterior ó motor de aquel órgano, y otra posterior, que procede del manojo posterior ó sensitivo. Estas dos raices convergen una hácia la otra; se dirigen al agujero de conjuncion, y se confunden en un ganglio, formado especialmente por la posterior. El cordon cilíndrico que entonces resulta da tres órdenes de ramos nerviosos: 1.° los espinales posteriores; 2.° los anteriores, y 3.° los ganglionares. El ramo espinal posterior da uno esterno-muscular, que se distribuye por los músculos de los canales verte-

brales, y otro interno ó músculo cutáneo, que atravesando el gran dorsal y el trapecio, se distribuye por la piel del borde interno del omoplato.

»Los ramos anteriores de los nervios espinales, son continuacion del tronco principal, y se dirigen á la parte media de los espacios intercostales, á una distancia igual del esternon y del raquis, en donde se dividen en un *ramo intercostal* y otro *perforante* ó *cutáneo*. El primero de estos continúa su trayecto hasta la estremidad esternal de la costilla, en donde da el *ramo perforante* anterior, cuyos dos filamentos se distribuyen por el músculo pectoral mayor y la piel. El *ramo perforante cutáneo* suministra dos órdenes de filamentos nerviosos á los tegumentos de las partes anteriores y laterales del pecho y del epigastrio.

»Bassereau, de cuya tésis tomamos la mayor parte de la descripcion que vamos á hacer de la neuralgia intercostal, advierte, que el primer nervio de los intercostales está unido al plexo-braquial por el primer par dorsal; que el ramo perforante cutáneo se distribuye por la piel de la parte posterior del brazo; que las mamas y los tegumentos del torax estan abundantemente provistos de filamentos nerviosos que provienen de los intercostales, y en fin, que el ramo intercostal termina en las paredes del vientre, contando desde el octavo espacio, y el perforante cutáneo asi del sesto como del sétimo nervio intercostales, en la region epigástrica (Bassereau, *Essai sur la nevralgie des nerfs intercostaux*, *considerée comme symptomatique de quelque affection viscerale*, tés. en 4.°; París, 1840).

»Síntomas.—El carácter esencial y patognomónico de la neuralgia dorso-intercostal, es el dolor que ocupa uno ó muchos ramos de los nervios espinales, y por lo tanto empezaremos por el estudio de este síntoma.

»*Dolor neurálgico provocado*.—La palpacion es el mejor medio para descubrir el sitio preciso del dolor, y para establecer el diagnóstico del mal, advirtiendo que sin esta esploracion nos espondriamos á confundirlo con otras enfermedades. Tres son los puntos que especialmente suele ocupar: 1.° el *centro vertebral* ó *posterior*; 2.° el *anterior esternal* ó *epigástrico*; y 3.° el *lateral*. Para determinar bien los focos doloridos, se hace una presion mas ó menos fuerte con dos dedos dirigidos á lo largo del canal vertebral, enfrente de los agujeros de conjuncion. Cuando se ha llegado al punto de donde nace el nervio afecto, se queja el enfermo de un dolor agudo y hace un movimiento brusco para librarse de él: en seguida deberá dirigirse el dedo sobre las partes circunyacentes, para limitar exactamente la estension del dolor, y se cuentan los espacios intercostales; cuya esploracion se repite muchas veces, comprimiendo uno ó muchos de estos. Tampoco dejará de comprimirse la region epigástrica, el apéndice sifoides y la glándula mamaria, esplorando igualmente el lado opuesto. Tambien pueden buscarse los centros doloridos, pasando una esponja empapada en agua caliente sobre las regiones que acabamos de indicar; pero los efectos que por este medio se obtienen son mas variables, siendo preferible la palpacion.

»Valleix, á quien se debe una relacion muy notable de la neuralgia que nos ocupa, establece por medio de cuadros estadísticos, que el centro vertebral existe con mas frecuencia que el esternal (25 : 19), y este mas que el lateral (19 : 17).

»El *dolor vertebral* ó *posterior* ocupa los lados de las apófisis espinosas, en las inmediaciones del agujero de conjuncion, y puede provocarse comprimiendo fuertemente las apófisis espinosas ó el canal vertebral. El centro dolorido es muy limitado, y puede tener, segun Valleix, 16 líneas por término medio (p. 357). La estension de este dolor es muy variable, como dice Bassereau, quien lo ha visto ocupar el espacio comprendido entre la segunda apófisis espinosa por una parte, y la sétima ú octava por otra. Es raro que la sensibilidad morbosa deje de propagarse fuera de la línea media del raquis en una estension de 2 ó 3 pulgadas, y hasta el borde interno del omoplato (tés. cit., página 42 y 43): ocupa las ramas espinales posteriores á su salida de los agujeros de conjuncion, y los puntos en que se manifiesta son la piel y las partes profundas.

»El *dolor esternal* ó *anterior*, puede escitarse por la palpacion, ó ser espontáneo como los demas, ocupando el espacio comprendido entre el borde del esternon y el punto en que se articulan las costillas con su cartílago. El dolor que produce la presion sobre el apéndice sifóides y la region epigástrica, debe referirse al esternal ó anterior. El ramo que se halla mas especialmente afectado en esta forma del dolor, es el perforante anterior.

»El *dolor intercostal* ó *centro lateral* se manifiesta sobre todo en uno ó muchos espacios intercostales, en una estension limitada por una línea vertical, que partiendo del fondo de la axila, termine en la espina ilíaca. Este foco es circunscrito lo mismo que el posterior, segun Valleix, es decir, que ocupa un intervalo de 1 á 3 dedos de estension (obr. cit., p. 258).

»Se ve por los hechos que refiere Bassereau, que nada puede establecerse de fijo sobre los centros doloridos, y que el querer precisar con medidas exactas y matemáticas un fenómeno tan variable como la modificacion de la sensibilidad, es empeñarse en figurar una precision que no existe. «Una presion moderada, hecha sobre el espacio intercostal en el intervalo de los cartílagos esterno-costales, bastaba dice Bassereau, para provocar en algunos enfermos un dolor, que recorriendo todo el espacio, se propagaba hasta el dorso. En ciertos casos se trasmitia el dolor hasta la espalda, sin que se percibiera su irradiacion por el espacio, y otras veces se verificaba la irradiacion dolo-

rosa por debajo de la axila ó del omoplato, sin llegar hasta la espalda. Cuando se comprimia la parte media del espacio intercostal, la irradiacion se manifestaba en el mayor número de casos desde el punto comprimido hácia la region dorsal; pero en algunos cada presion determinaba una irradiacion doble en sentido contrario, una que se dirigia hácia el dorso, y otra á la parte anterior del esternon ó del epigastrio (tés. cit., p. 45).

»Diremos, pues, para no estraviarnos en pormenores inútiles, y de ningun modo justificados por la esperiencia, que nada es tan variable como la estension del dolor nervioso; que debe sin duda reconocerse la existencia de tres centros principales ocupados esclusiva ó simultáneamente por este dolor, que puede ser vertebral, intercostal ó esternal, teniendo al parecer cada uno de estos su asiento especial: el primero en las ramas espinales posteriores; el segundo en el ramo intercostal y su perforante anterior, y el tercero en el nervio perforante cutáneo; pero segun que el dolor predomina en un punto, y se debilita en otro ó muchos de ellos, presentan su sitio é intensidad variaciones que no necesitamos describir minuciosamente.

»La neuralgia puede afectar simultáneamente ambos lados. Bassereau la ha visto 12 veces en el izquierdo, 6 en el derecho y 19 en uno y otro lado. El izquierdo la padece con mas frecuencia que el derecho, y segun Nicod, la diferencia que hay entre ambos lados, es de 15 á 1 (*Observat. de nevralgies* en *Nouv. journ. de méd., chir. et pharm.*; pág. 247, en 8.°, 1818). Valleix ha visto en 25 casos, recogidos por él, que la neuralgia ocupaba el lado izquierdo 17 veces, 7 el derecho, y 1 ambos lados. Bassereau dice, que los dolores se sienten en cinco ó seis espacios intercostales, principalmente en el cuarto, quinto y sesto. Segun Nicod, el sitio del dolor está casi siempre fijo hácia la union de la sétima, octava y novena costillas, con sus cartílagos (mem. cit., p. 247). El cuadro que presenta Valleix demuestra que la neuralgia tiene una predileccion marcada al quinto, sesto, sétimo, octavo y noveno espacios intercostales.

»El número de estos, ocupados por el dolor, varía de 1 á 8 (Valleix, p. 353). Valleix ha publicado la interesante observacion de una neuralgia, que solo ocupaba el primer espacio intercostal (p. 358).

»*Naturaleza é intensidad del dolor.*—El dolor puede ser provocado, por la presion espontánea ó determinada por las inspiraciones, la tos, y aun por el movimiento, asi de los miembros superiores como del tronco. Comunmente lo propaga la presion á toda la estension del nervio intercostal y sus ramos, en los cuales no lo percibia el enfermo antes de usar este medio de esploracion. Cuando se comprime el espacio esterno-costal, sobreviene á veces el dolor orsal, y los dolores anteriores y posteriores se manifiestan tambien en muchos individuos comprimiendo el espacio intercostal. El centro dolorido lateral ocupa el ramo perforante ó las inmediaciones del nervio intercostal.

»El dolor espontáneo puede ser contusivo ó lancinante, siendo el primero mas frecuente que el segundo. El dolor contusivo aparece en los mismos puntos en que es provocado, y los enfermos esperimentan una incomodidad penosa y un dolor sordo, interrumpido de vez en cuando por punzadas.

»Los lancinantes espontáneos estan lejos de ser constantes, y no hay razon para considerarlos como carácter esencial de la enfermedad, puesto que solo han existido 15 veces entre 23 casos referidos por Valleix (p. 361); 6 enfermos no esperimentaron dolores lancinantes de ninguna especie. Estos dolores, ora nacen del centro dorsal, ora de la parte anterior, recorriendo á veces los diversos trayectos que dejamos indicados, pero circunscribiéndose otras á uno ó dos puntos.

»Suelen provocar los dolores, contínuo ó lancinante, las inspiraciones ó la tos. Los que esta determina ocupan con mas frecuencia el centro dorsal que la region lateral, donde los movimientos de las estremidades superiores y del tronco exasperan tambien los dolores, ó los producen por primera vez.

»*Hiperestesia cutánea.*—Cuando la neuralgia está en su mayor grado, se desarrollan los dolores en los filamentos que el ramo intercostal anterior envia á los tegumentos, en cuyo caso se escita un dolor vivo si se toca ó levanta ligeramente la piel. Bassereau habla de casos, en que la sensibilidad anormal era parcial y limitada, por ejemplo, á los puntos por donde se distribuyen los nervios perforantes medios y anteriores. Este médico ha visto tres casos, en que toda la piel del tórax estaba sensible, á escepcion de un punto circunscrito por el ángulo del omoplato y el borde anterior del gran dorsal: tambien gozaba de mucha sensibilidad la que cubre al esternon. Cuando la neuralgia es ligera, no se halla aumentada la sensibilidad de los tegumentos, y el dolor, que es bastante vago, y está circunscrito á un punto de los nervios, no se irradia tan lejos como en los demas casos.

»El sitio de ciertos dolores indica bastante exactamente los nervios que con especialidad se hallan afectados. La neuralgia de los tres primeros nervios intercostales produce dolores superficiales en la cara interna del brazo, en el hombro, y aun entorpecimiento en las estremidades superiores. Las del ramo perforante cutáneo del segundo espacio intercostal va acompañada en ciertos casos de dolores, que ocupan la cara interna del brazo (Bassereau, tés. cit, p. 48). Puede hallarse aumentada la sensibilidad en los miembros torácicos, al mismo tiempo que en las paredes del pecho; siendo fácil que entonces dependa de que se haya propagado la neuralgia al plexo braquial y sus divisiones: asi se inclina á creerlo Bassereau.

»Tambien debe recordarse, que el epigastrio se pone muy dolorido, cuando la neuralgia afecta los nervios situados en el sesto espacio intercostal y en los sigüientes. Se sienten dolores en la glándula mamaria, cuando la neuralgia ocupa los nervios en que se apoya este órgano.

»Nicod advierte, que la neuralgia torácica se complica las mas veces con la epigástrica, con la intestinal ó la de las dependencias del útero (mem. cit., p. 248). Valleix demuestra en un cuadro que ha hecho sobre los dolores neurálgicos que acompañan al del torax, que entre 29 casos, se hallaba afectada la cabeza 9 veces, los miembros inferiores 6, los superiores igual número, y el hipogastrio y los lomos 8 (obra cit., p. 337).

»*Desórdenes de las demas funciones.*—La respiracion es habitualmente difícil, y cuando sobrevienen punzadas, puede amenazar la sofocacion. Los enfermos prefieren acostarse del lado enfermo. La mitad de los individuos afectados de neuralgia torácica esperimentan muchas veces al dia palpitaciones, que duran de quince á veinte minutos. Las personas en quienes se observa este síntoma son por lo comun cloróticas, aunque tambien puede observarse en algunas de edad avanzada, exentas de la alteracion de la sangre que constituye la clorosis. El pulso varia segun Valleix, entre 70 y 76 pulsaciones, y siempre que haya fiebre debe juzgarse que existe alguna otra enfermedad. Bassereau dice tambien, que la neuralgia de los nervios intercostales jamás va acompañada de una fiebre continua. Por lo demas, ya hemos dicho al hablar de la *Neuralgia en general*, que ni los dolores mas violentos son capaces de alterar la circulacion. Cuando hay fiebre, debe referirse á las enfermedades viscerales de que es frecuentemente la neuralgia intercostal un fenómeno simpático, como ya queda establecido.

»Las funciones digestivas no esperimentan trastorno alguno, á no ser que sean ya muy antiguos los dolores neurálgicos. Los desórdenes de la menstruacion son muy frecuentes, y hablaremos de ellos al tratar de las causas del mal, con las que tienen relaciones íntimas.

»Curso, duracion y terminacion.—Esta neuralgia no empieza como las otras, es decir, repentinamente y con mucha intensidad. Al principio sobrevienen dolores ligeros, que afectan un número considerable de espacios intercostales, y solo gradualmente llega á adquirir toda su intension. Es raro observar en ella un curso regularmente progresivo y uniforme, pues por el contrario ofrece una irregularidad muy considerable, observándose alternativas muy marcadas de aumento y disminucion de los dolores, las que se esplican en muchos casos, segun Valleix, por los cambios de temperatura. Las nieves y los frios exasperan el dolor (obra cit., p. 388), igualmente que las fatigas corporales, los baños calientes y los paseos prolongados (Bassereau, obra cit., p. 52). La enfermedad termina por lo comun de un modo gradual, disminuyendo poco á poco los dolores, hasta que cesan completamente.

»Muy rara vez afecta la neuralgia el tipo intermitente; solo hay exacerbaciones irregulares, que no van precedidas de escalofrios ni sudores, hallándose constituido el paroxismo únicamente por el aumento del dolor. Bassereau habla de exacerbaciones, que aparecian con intervalos mas ó menos regulares y con un verdadero acceso febril que recorria sucesivamente sus estadios. Muy rara vez se hacen los dolores mas violentos durante la noche.

»La duracion nada tiene de constante; puede el mal durar solo algunos dias; pero casi siempre se prolonga por muchos meses, y en algunos enfermos tres ó cuatro años.

»La neuralgia intercostal reaparece con facilidad en las personas que ya la han padecido, presentándose de una á tres ó mas veces en el término de un año, y persistiendo en algunos individuos con una rebeldia estraordinaria; pero jamás termina por la muerte, y cuando se la combate á tiempo y con método, es raro que no se cure.

»Diagnóstico.—La neuralgia intercostal puede confundirse con las afecciones del pecho, de la médula y sus membranas. Conviene ante todo recordar, que la neuralgia es una afeccion dolorosa, completamente local y apirética, caractéres que la diferencian de una enfermedad aguda de la pleura ó del pulmon, y si quedase alguna duda, se desvaneceria bien pronto por la auscultacion y percusion. Lo mismo puede decirse de las afecciones del corazon y de sus cubiertas.

»La pleurodinia que depende de un reumatismo de las paredes torácicas, se distingue fácilmente de la neuralgia que nos ocupa, en que el dolor es mas estenso en la primera, no sigue ningun trayecto marcado y rara vez se aumenta por la presion.

»El reumatismo puede afectar los músculos trapecio y romboideo; en cuyo caso el dolor ocupa un número de puntos mayor, y las inserciones que tienen estos músculos en las apofisis espinosas y en el occipital. Ademas los menores movimientos de las fibras afectas producen dolores agudos, lo que no sucede en la neuralgia dorso-intercostal; y por otra parte el curso agudo y rápido de los dolores neurálgicos distinguiria fácilmente estas dos afecciones.

»En la angina de pecho el dolor ocupa el esternon, y principalmente la region precordial, de donde se propaga por el brazo izquierdo hasta el codo y aun á la estremidad del dedo pequeño (v. *Angina de pecho*). Es casi inútil decir que los signos de la angina son demasiado diferentes de los de la neuralgia, para que se los pueda confundir. Ademas como los casos de angina de pecho dependen comunmente de enfermedades del corazon, se consigue establece

un diagnóstico preciso, auscultando este órgano.

»En las afecciones de la médula y de sus membranas existen modificaciones anormales de la motilidad y sensibilidad, que no permiten se cometa un error en el diagnóstico. La parálisis de los miembros pelvianos, del recto y de la vejiga, bastarian para establecerlo.

»En cuanto á los dolores neurálgicos que se manifiestan en el epigastrio y en la parte superior del abdomen, se reconocen fácilmente en que solo afectan la piel, y dependen evidentemente de las irradiaciones nerviosas intercostales.

»Causas.—Bassereau establece del modo siguiente la proporcion de hombres y mujeres atacados por esta enfermedad: mujeres, 31; hombres, 6; total, 37. Entre 25 enfermos, cuyas observaciones ha recogido Valleix, 20 eran del sexo femenino y 5 del masculino (obra cit., p. 393). Los 37 observados por el primer autor se hallan distribuidos en cuanto á la edad en el siguiente órden:

10	tenian	de 17 á 20	años.
17	—	de 20 á 30	
7	—	de 30 á 40	
3	—	de 50 á 60	

»El papel que en este caso representa la constitucion es poco notable; sin embargo es mas comun que ataque á las personas débiles y caquécticas y á los hombres afectados de cloro-anemia. Haremos á los prácticos una observacion importante, que ya hemos mencionado al hablar de las neuralgias en general, y es igualmente aplicable á la que nos ocupa, á saber: que el estado cloro-anémico de la sangre es una de las causas mas activas para producir la hiperestesia; y que todo cuanto propende á alterar de este modo la sangre, favorece el desarrollo de las neuralgias.

»Es innegable la funesta influencia que tiene una temperatura baja y la estacion rigurosa en el desarrollo del mal. Tambien se atribuye una gran parte en su produccion á los golpes, las caidas, las contusiones, y en una palabra, á todas las violencias esteriores. Dícese que se le ha visto sobrevenir á consecuencia del zona, de las pleuresias, y de irritaciones directas de la piel.

»Bassereau no vacila en considerar las afecciones uterinas como la causa mas frecuente de esta neuralgia, apoyando su opinion en un análisis de 24 casos entre 30, en los que se observaron: 16 veces retraso de las reglas, 2 pérdidas uterinas, 12 flores blancas abundantes, 20 dolores hipogástricos, 7 un estado clorótico y 5 ataques de histerismo (tés. cit., p. 24). Valleix por el contrario no considera los trastornos uterinos como causa ni síntoma de la neuralgia; dice que no pertenecen á la dorso-intercostal, sino á la lumbo-abdominal. Las razones en que funda este médico su opinion no dejan de tener valor. Los síntomas que entonces se observan, segun él, dependen del centro doloroso ó neurálgico, desarrollado en el cuerpo ó en el cuello del útero (obra cit., p. 405). Por lo que hace á nosotros, sin decidirnos definitivamente en una cuestion que solo puede resolverse por nuevos hechos, advertiremos que es muy natural admitir, que las afecciones del útero que van tan á menudo acompañadas de trastornos nerviosos, de neuralgias vagas, y de cloro-anemia, produzcan tambien neuralgias intercostales, siendo al menos la causa ocasional ó determinante de esta afeccion en algunos casos; pero estaria en oposicion con los hechos mas vulgares sostener una opinion esclusiva para todos los casos, y sin hablar de los hombres, en quienes no puede esplicarse de semejante modo la produccion de esta neuralgia, no cabe duda que es muchas veces independiente de toda lesion apreciable de los órganos.

»Tratamiento.—Conviene no perder de vista en el tratamiento de esta neuralgia las divisiones que dejamos establecidas en nuestro artículo de la *neuralgia en general*. Lo primero que debe hacerse es averiguar si la enfermedad es simple, esencial, ó si depende de una alteracion general de la sangre (cloro-anemia simple ó consecutiva) ó de otra afeccion de cualquier víscera (neuralgia sintomática). Apenas necesitamos recordar, que la primera indicacion que hay que satisfacer en el tratamiento de las neuralgias intercostales sintomáticas, es combatir la afeccion del útero, del pulmon, del corazon, ó la clorosis; y que despues podemos ocuparnos de la neuralgia intercostal, tratándola con los medios que se usan en la simple, y de que vamos á hablar.

»*Tratamiento local.* — Se han empleado las sanguijuelas, mas ó menos repetidas, á los centros doloridos empezando por el posterior; pero el único efecto que se ha observado en la mayor parte de los enfermos ha sido una corta disminucion del dolor, sin que jamás llegaran á producir una curacion completa. Tampoco ofrecen mas ventajas las sangrias generales ni las ventosas.

»Se han preconizado mucho los vejigatorios. Valleix los ha visto producir un éxito completo en doce enfermos, que se curaron radicalmente, aunque la enfermedad habia durado muchos meses y adquirido una intensidad considerable (loc. cit., p. 424). El vejigatorio debe ser de grandes dimensiones, y se aplica sobre las apófisis espinosas y el centro dorsal. No pocas veces es insuficiente uno solo para disipar el dolor, el que hasta se exaspera en algunos enfermos durante muchas horas, y aun dos ó tres dias, necesitándose en ocasiones muchas vejigatorios sucesivos para curar la neuralgia. En otros casos solo se consigue un alivio pasagero, y con frecuencia es preciso seguir el dolor en todos los puntos donde persiste, obteniéndose solo la curacion despues de haber empleado un número considerable de vejigatorios. Por último, en ciertas circunstancias se resiste la neu-

ralgia completamente á este medio, ó bien desaparece de un lado del cuerpo para manifestarse en el otro. Se ha propuesto aplicar un moxa en el centro dolorido; pero Valleix cita un caso en que no produjo alivio alguno este medio.

»Colócanse tambien entre los agentes locales los baños de agua tibia simple y los sulfurosos; pero no han sacado de ellos ninguna ventaja los médicos que han tenido ocasion de observar sus efectos.

»*Tratamiento interno.*—Se conocen poco los resultados de las sales de morfina usadas por el método endérmico, y rara vez las han empleado Valleix y Bassereau. No diremos hasta qué punto pueda ser útil este medio terapéutico; pero sí que es muy ventajoso en todos los casos para calmar los dolores. A los vejigatorios volantes que se aplican únicamente para que la sal narcótica pueda penetrar mas rápidamente en el torrente circulatorio, y ejercer una accion sedante mas directa sobre el sistema nervioso, seria tal vez útil asociar otros que fueran anchos y permanentes, con el objeto de mantener una irritacion contínua en la piel.

»Los narcóticos, especialmente el opio, las sales de morfina, y los estractos de beleño y de belladona, son los medicamentos que se usan mas comunmente en el tratamiento de la neuralgia. Valleix jamás ha obtenido con ellos ventaja alguna. Por sí solos de poco servirian; pero asociados á los vejigatorios pueden producir muy buenos resultados. Las píldoras de Meglin determinan los mismos efectos que los narcóticos; pero solo deben emplearse cuando estos no hayan bastado.

»Muchos prácticos hablan de resultados obtenidos con el sulfato de quinina, el que se halla indicado siempre que se observen síntomas de exacerbacion febril (escalofrio, calor y sudor) ó simplemente del dolor. Para obtener efectos saludables del sulfato de quinina, debe administrarse á la dosis de 20 á 30 granos; de manera que el sistema nervioso esperimente esa perturbacion, que uno de nosotros ha estudiado cuidadosamente en una memoria que ha publicado sobre este medicamento; pues solo cuando el enfermo ha presentado estos desórdenes durante muchos dias, es cuando cesa del todo la neuralgia y de un modo duradero. Recomendamos á los prácticos esta medicacion, que merece ensayarse al menos en los casos rebeldes.

»Las preparaciones tónicas, especialmente los ferruginosos, son de una utilidad incontestable, siempre que se halle deteriorada la constitucion, ó que exista ese estado cloro-anémico que con tanta frecuencia produce las neuralgias. Las demas prescripciones son del dominio de la higiene, y las dos principales consisten en escitar la piel con vestidos de franela ó de lana, y en evitar los cambios atmosféricos.

»Naturaleza.—La neuralgia intercostal es una neurosis que afecta principalmente la sensibilidad de los nervios intercostales, la cual se halla escitada y pervertida á la vez: es una neurosis de la sensacion de los órganos de la vida esterior. Nada tendriamos que añadir á esta corta definicion de la neuralgia intercostal, si no se hubiera descrito en estos últimos tiempos como una enfermedad distinta la irritacion espinal, que otros atribuyen con razon á la neuralgia que nos ocupa. Veamos ante todo los síntomas con que se manifiesta la *irritacion espinal* ó de la *médula*: todos los autores ingleses y alemanes, como Brown (1828), Darval y Teale (1829), Isaac Parrish (1832), Griffin (1834), Stilling (1840), Ludwig y Turck (1843) reconocen sin escepcion, que existe una sensibilidad anormal del cordon raquidiano, que se provoca con la presion ejercida sobre las apofisis espinosas ó las partes blandas que llenan los canales vertebrales; resultando síntomas bastante diferentes, segun que el dolor ocupa las regiones cervical, dorsal ó lumbar. Este último autor, que ha estudiado muy recientemente los síntomas de la irritacion espinal, esplica por ella todos los fenómenos de las enfermedades mas diversas. En el tifus, el vértigo, los zumbidos de oidos y la cefalalgia «son reflejados, dice, por la mitad superior de las vértebras cervicales.» Añade que la sequedad, el dolor pungitivo de la laringe, la ronquera y otros signos de anhelacion, se aumentan comprimiendo la cuarta ó quinta vértebra cervical; que en el cólera, la neumonia, etc., etc., los síntomas son reflejados por las dversas regiones de la médula, y que otras veces «lo es la tos por las vértebras cervicales inferiores y la primera dorsal con una violencia tan considerable, que obliga á renunciar al exámen de las demas vértebras» (*De l'irritation spinale*, trad. en el *Journ. de méd.*, pág. 275, en 8.°; París, 1844). Escusado es continuar esponiendo unos síntomas tan vagos, y que solo pueden referirse al aumento insólito de la sensibilidad de la mayor parte de los nervios en el curso de todas las afecciones internas. ¿Es suficiente que provoque estos dolores la presion hecha en distintos puntos del raquis, para decir que la médula está irritada, y que es el verdadero punto donde toman orígen todos los síntomas nerviosos, tan variados é inconstantes, que se observan? Estamos lejos de creerlo, y ningun médico habituado á observar podria sostener semejante opinion. La creacion de la palabra irritacion espinal para designar todos los padecimientos nerviosos sintomáticos de una lesion de los tejidos, no hace mas que sustituir la palabra simpatía con una denominacion mas viciosa, porque tiene la apariencia de ser mas positiva. En cuanto á la existencia de los dolores que dependen de la irritacion espinal idiopática, cuando tienen una direccion marcada, pertenecen á las neuralgias intercostales que siguen el trayecto exacto de los ramos nerviosos, y producen todos los síntomas que hemos asignado á esta última enfermedad.

»Historia y bibliografía.—Chaussier atribuye el descubrimiento de la neuralgia inter-

costal á Siebold (*Tableau synoptique de la nevralgie*; París, año XIX); pero Nicod es el primero que la ha descrito en una breve nota (*Observations de nevralgies thoraciques*, en el *Nouv. journ. de méd. et de chir. prat.*, etc., t. III, pág. 247, en 8.º; París, 1818); cuyo trabajo, aunque no es mas que un simple bosquejo, contiene, sin embargo, las principales circunstancias de la enfermedad. Fouquier se ha ocupado muchas veces de esta materia en sus lecciones clínicas; pero no ha escrito nada sobre ella. A Bassereau es á quien pertenece el honor de haber dado la mejor descripcion que poseemos todavía de la neuralgia dorso-intercostal, y escusaremos decir el contenido de su tésis, pues ya la hemos citado demasiadas veces (*Essai sur la nevralgie des nerfs intercostaux, considerée comme simptomatique de quelques affections viscerales*; tés. en 4.º, París, 1840). Posteriormente ha publicado Valleix muchos trabajos importantes sobre la misma materia, de los que nos hemos servido igualmente (*De la nevralgie dors. ou interc.* en *Arch. gén. de méd.*, t. VIII, y *Traité des nevralgies ou affections douloureuses des nerfs*, p. 333, en 8.º, París, 1841).» (Mon. y Fl., sit. cit.)

ARTÍCULO VI.

Neuralgia lumbo-abdominal.

»Los ramos posteriores de los nervios lumbares se hacen subcutáneos despues de atravesar los músculos sacro-lumbar y dorsal largo (centros lumbares).

»El *plexo lumbar*, formado por los ramos anteriores, da filamentos músculo-cutáneos, entre los que deben mencionarse:

»1.º Los *ramos abdominales* que se pierden en la parte inferior del músculo recto (centro hipogástrico), y dan el *nervio íleo-escrotal*, que llega á la cresta ilíaca, siguiendo la cara esterna del músculo cuadrado de los lomos (centro ilíaco), y termina igualmente en aquel músculo.

»2.º El *ramo inguinal interno*, que da el *cutáneo* anterior, que se hace superficial al salir del arco femoral.

»3.º El *inguinal esterno*, que da el *escrotal*, situado superficialmente á su salida del conducto inguinal (centro inguinal), y al terminar en la piel del escroto en el hombre (centro escrotal), y de los grandes labios en la mujer (centro labial).

»Síntomas.—Valleix refiere la observacion de una jóven, que percibia el dolor en todos los ramos que nacen de los pares lumbares, en los lomos, los vacios y los grandes labios. Por medio de la presion se encontraban los cuatro centros dolorosos siguientes: el primero, que tenia una estension de 15 á 20 líneas, correspondia al lado esterno de las tres primeras vértebras lumbares (centro lumbar); el segundo, que solo tenia 15 líneas trasversalmente y 5 de altura, á la parte media de la cresta ilíaca (centro ilíaco); el tercero, que empezaba á 20 líneas de la línea media hácia el lado izquierdo, propagándose tambien al derecho aunque en menor estension, y por abajo se estendia hasta el orificio del conducto inguinal (centro hipogástrico), y el cuarto, que ocupaba los grandes labios (centro labial); bastando la mas ligera presion para hacer que gritase la enferma, y pasar suavemente el dedo por la piel, para exasperar el dolor (Valleix, obr. cit., obs. 44, p. 459).

»En otro caso, que se refiere á un jóven, partian las punzadas del medio de la cresta ilíaca, y se propagaban por una parte al testículo y por la otra á los lomos.

»Valleix ha observado tambien dos mujeres, en las que existian otros tres centros doloridos ademas del inguinal, lumbar é hipogástrico: uno en la parte esterna y superior del muslo, otro por encima de la rodilla, y el tercero en el cuello uterino.

»*Neuralgia lumbo-abdominal.*—Las punzadas parten de los lomos ó del abdomen y llegan hasta el centro mas distante, pasando por la cresta ilíaca; algunas veces las provocan ó exasperan los movimientos del tronco, y los esfuerzos que se hacen para toser y defecar. Pueden reconocerse tres focos doloridos por medio de la presion, que son el lumbar, el ilíaco y el hipogástrico (Valleix, obra citada, observaciones 36, 37 y 38).

»*Neuralgia lumbar.*—Coussays cita un ejemplo de esta forma neurálgica.

«El dolor ocupaba la parte del abdomen que se estiende desde la primera vértebra lumbar en el lado izquierdo, siguiendo el trayecto del ramo posterior del primer par lumbar, hasta las inmediaciones de la cresta ilíaca, donde este ramo nervioso termina por muchos filamentos. Las irradiaciones de este dolor se difundian por la parte esterna de la nalga, pero sin llegar al gran trocanter.... En todos los accesos se observaban dolores dislacerantes, acompañados siempre de vómitos, y seguidos á veces de diarrea, habiendo al mismo tiempo fiebre y cefalalgia... El ataque duraba en algunos casos tres dias, y en otros se prolongaba por ocho, durante cuyo tiempo sobrevenian muchos paroxismos, variables en frecuencia é intensidad. Eran por lo comun desde el segundo dia mas soportables los dolores, y se disipaban los fenómenos generales. El enfermo se encontraba perfectamente bien despues de pasado el ataque» (Coussays, *De la nevralgie considerée en général*; tés. de París, n.º 16, p. 35, observacion 1, 1812).

»*Neuralgia íleo-escrotal* (*irritable testis, testículo doloroso* de A. Cooper; *neuralgia espermática*).—Chaussier ha observado dos veces esta forma de neuralgia lumbo-abdominal: «Tiene su asiento, dice este autor, en el ramo del primer par lumbar que se dirige oblicuamente á la cresta ilíaca, acompaña al cordon de los vasos espermáticos, y se distribuye por el escroto: los dolores se estienden desde la cresta del

ileon á las diversas ramificaciones del nervio, y van acompañados de constriccion en el escroto y retraccion de los testículos: la secrecion de la orina no se halla alterada.

»En los casos observados por A. Cooper (*Œuvres chir. complet.*, trad. de Chassaignac y Richelot, p. 440) era estremado el dolor de los testículos.

»Reveille-Parise ha publicado un ejemplo curioso de *neuralgia espermática*, en el que partiendo el dolor del testículo, seguia un curso ascendente, é iba acompañado de espasmo general, de vómitos, y de una angustia estremada: al principio era periódico, afectando el tipo terciano, y al cabo de algun tiempo se hizo irregular y atípico, siendo por lo demas completa la intermitencia (*Considerations therapeuthiques sur un cas de nevralgie du nerf spermatique*, en el *Bull. gén. de therapeutique*, t. X, p. 270). Añadiremos que esta afeccion, que ciertamente presentó todos los caractéres de las neuralgias, se resistió al tratamiento empleado, y desapareció despues de la espulsion de un calculillo urinario de forma ovoidea; cuya última circunstancia hace tal vez algo dudosa la naturaleza neurálgica de los dolores que sentia el enfermo.

»Valleix refiere un ejemplo de neuralgia lumbo-escrotal. El dolor partia de la region lumbar ó de la parte media de la cresta ilíaca, y se estendia, ora al testículo y al escroto, ora á la nalga y á la cadera, hasta por debajo del gran trocanter.

»*Neuralgia ileo-vaginal.*—El dolor de esta variedad ocupa un número mas ó menos considerable de ramos lumbares, y se siente principalmente en los grandes labios (*punto labial*), y en el orificio de la vagina.

»Sitio.—En 13 observaciones de neuralgia lumbo-abdominal recogidas por Valleix, 8 veces ocupaba el lado izquierdo, y 5 era doble, de cuyo último número fue en 3 casos mas intensa en el izquierdo que en el derecho.

»El curso, duracion y terminacion, nada presentan de particular.

»Diagnóstico.—En el *lumbago* ó reumatismo de los músculos sacro-lumbar y dorsal largo, el dolor se percibe siempre en ambos lados; se limita á la region lumbar; se exaspera mas con los movimientos del tronco que con la presion; es mas contínuo y no existen punzadas propiamente dichas, ni remitencia completa: la presion es uniformemente dolorosa, y no demuestra centros doloridos circunscritos.

»El diagnóstico diferencial del reumatismo de la pared anterior del abdomen estriba tambien en las mismas bases.

»En la distension ó rotura de las fibrillas musculares acaecida por un esfuerzo violento, aparece el dolor de pronto, se limita á un solo punto, es débil ó nulo cuando no se mueve el enfermo, y se hace muy intenso al menor movimiento del tronco. El conocimiento de la causa de la afeccion, basta por otra parte para hacer imposible todo error.

»La neuralgia íleo-vaginal ó escrotal puede confundirse con una afeccion del útero, ó con una enfermedad de las vias urinarias (*estrecheces de la uretra*, *cálculos urinarios*, etc.), siendo siempre difícil el diagnóstico, que solo se puede establecer por el método de esclusion, examinando atentamente los órganos génito-urinarios.

»Las *causas y terapéutica* son las mismas que las que corresponden á las demas especies de neuralgia.

ARTICULO VII.

Neuralgia crural.

»Es la *neuralgia fémoro-pretibial* de Chaussier.

»El nervio crural se hace superficial por debajo del arco de este nombre (centro inguinal), y da: 1.° los *ramos perforantes*, que atraviesan el músculo sartorio, la aponeurosis femoral (centros crurales) y se pierden alrededor de la rótula; 2.° el *ramo cutáneo tibial* (del nervio safeno interno) que se distribuye en la parte anterior de la pierna (centro tibial); 3.° el rotuliano que se distribuye en la region del mismo nombre (centros rotulianos), y 4.° el posterior que da ramos á la parte anterior del maleolo interno (centros maleolares internos), á la piel de la parte interna de la planta del pie (centro plantar interno), del tarso y del metatarso (centro metatarsiano).

»Sintomas.—La neuralgia crural va unida muchas veces á la fémoro-poplitea; pero como en muy pocos casos se la ha encontrado aislada, y todavía no se ha hecho su historia, no podemos presentar mas que una corta descripcion sintomatológica.

»Cotugno la menciona sin describirla en su escrito sobre la ciática: «Altera vero species fi»xum dolorem in inguine ostendit, qui per in»teriorem femoris, ad suræ partem propaga»tur.» Priorem (la neuralgia ciática), quod pos»ticas insideat coxæ partes, totaque fundetur »in ischiadici nervi affectione, *ischiadem ner»vosam posticam* appello. Alteram quod coxæ »priora possideat, *nervique cruralis* passionis »generetur, nervosam *ischiadem anticam* no»minabo» (de *Ischiade nervosa*, cap. III, p. 3; Viena, 1771).

»Hé aquí como se espresa Chaussier. «Esta especie ocupa el nervio fémoro-pretibial (crural); asi es que el dolor se propaga desde la íngle, donde se encuentra el tronco del nervio, sobre la cara rotuliana del muslo, y se estiende principalmente por el lado tibial de la pierna al maleolo interno, á la cara dorsal del pie, y sobre todo á las numerosas divisiones del nervio tibio-cutáneo. Esta especie presenta los mismos caractéres que la neuralgia fémoro-poplitea, á la que se halla reunida algunas veces; sin embargo, es mas rara, *menos dolorosa y cede mas fácilmente á los medios curativos*» (*Table sy-*

noptique de la nevralgie, §. 6). Pero, como advierte con razon Valleix, las pocas observaciones que posee la ciencia de ningun modo justifican las últimas aserciones de este autor, que ademas son tomadas de Cotugno (loc. cit., página 117).

»Martinet ha observado en un hombre que trabajaba en una fábrica de albayalde, y que habia padecido muchas veces el cólico de plomo, un dolor que ocupaba ambos muslos, presentando los caractéres de la neuralgia, y que cedió á la administracion de la trementina.

»Las punzadas empezaban en las íngles, se dirigian á lo largo del nervio crural, y terminaban en la parte inferior de la corva; eran violentas y casi continuas, aunque adquirian de vez en cuando mayor intensidad, sin que los paroxismos afectasen ninguna regularidad en su reaparicion. El dolor se hallaba concentrado á lo largo de la parte interna de los muslos en una estension muy pequeña y casi lineal. Los movimientos de estos órganos eran muy difíciles y dolorosos, y la progresion casi imposible.

»Valleix (*Traite des nevralgies*, p. 469, 472, obs. 45, 46) refiere dos ejemplos de neuralgia crural. En uno de los enfermos partian constantemente las punzadas de la rodilla, y se dirigian por una parte hácia la íngle siguiendo el lado interno del muslo, y por otra á la cara interna de la pierna hácia la pantorrilla. Por medio de la presion se descubrian dos centros, situados, el primero en el ángulo superior interno de la rótula, y el segundo en su ángulo inferior. En el otro la neuralgia era mucho mas estensa; las punzadas empezaban en la íngle y se percibian casi inmediatamente en el pie, sin que se sintieran en el intervalo; pero la presion demostraba muchos centros doloridos, situados en la íngle (centro inguinal), en la parte esterna superior y en la media del muslo (centros femorales), al lado interno y debajo de la rodilla (centro rotuliano interno), por delante del maleolo interno (centro maleolar), y en fin, en la base de los primeros dedos del pie (centro metatarsiano).» (Monneret y Fleury, sit. cit.).

ARTICULO VIII.

Neuralgia fémoro-poplítea.

»Sinonimia, *Ciática*, *dolor ischiaticus*, *ischiagra*, *malum ischiaticum*, *dolor coxendicus coxalgia*, *morbus coxavicus*, *ischias nervosa*, Cotugno; *neuralgia poplitea*, Chausier; *ciática nerviosa*:

»Alteraciones anatómicas.—Nada tenemos que añadir á lo que digimos al tratar de las *neuralgias en general*.

»Sintomas.—Ante todo, como en los artículos anteriores, indicaremos la distribucion de los ramos nerviosos correspondientes.

»El plexo sacro comunica con el lumbar por el quinto par lumbar y un ramo del cuarto; las ramas posteriores de los nervios sacros se encaminan á la superficie del cuerpo, atravesando á su salida por los agujeros sacros posteriores el haz carnoso que cubre la parte superior del ano y las inserciones posteriores del gluteo mayor. «Asi que, dice Valleix, en una línea que desde la parte inferior del sacro subiese hácia la cresta ilíaca, pasando un poco por delante de la espina ilíaca posterior superior, se encontraria una série de ramificaciones nerviosas, procedentes de las ramas posteriores de los nervios sacros.

»Los nervios gluteos superior é inferior salen de la pélvis por la escotadura ciática, uno por encima y otro por debajo del músculo piramidal, y se hacen superficiales en la parte media de una línea que se dirigiese al gran trocanter desde la espina ilíaca posterior superior. El gluteo superior se pierde en los músculos gluteos mediano y pequeño, y el inferior da: 1.° ramas ascendentes, que van á las inserciones del músculo gluteo mayor hácia la cresta ilíaca; 2.° el ramo crural cuya distribucion es suficientemente conocida y que produce muchos filamentos cutáneos.

»El nervio ciático, despues de recorrer el muslo, se coloca en la corva entre el biceps y el semi-tendinoso, y á dos ó tres traveses de dedo por encima de la rodilla se divide en dos ramas: 1.° el nervio ciático poplíteo esterno ó peroneo; 2.° el nervio ciático popliteo interno ó tibial. La primera rama rodea el cuello del peroné y se divide en nervio músculo-cutáneo, que da numerosos ramos al dorso del pie, y nervio tibial anterior ó interóseo. La segunda rama se halla superficial en el lado interno del tendon de Aquiles y detrás del maleolo interno, donde se divide en nervios plantares interno y esterno.

»De esta disposicion analómica resulta, que para el estudio de la neuralgia se pueden establecer los siguientes puntos doloridos: 1.° un punto lumbar; 2.° otro sacro ilíaco, que reside algo por delante de la espina ilíaca posterior superior; 3.° otro ilíaco colocado hácia la mitad de la cresta de los íleos; 4.° otro gluteo situado en el vértice de la escotadura ciática; 5.° otro trocantéreo; 6.° tres femorales, superior, medio é inferior; 7.° otro poplíteo; 8.° otro rotuliano; 9.° otro peroneo tibial; 10.° otro peroneo; 11.° otro maleolar, y 12.° otro dorsal del pie (Valleix, *Traité des nevralgies*, p. 491-497; París, 1841).

»*Dolor*.—Es espontáneo ó provocado, y el primero continuo ó intermitente.

»*Dolor espontáneo continuo*.—Es sordo, contusivo, muy incómodo; existe en toda la direccion de las ramas nerviosas, pero es mas intenso en los puntos que quedan enumerados; varia de intension; presenta exacerbaciones, y en general guarda relacion con la violencia de las punzadas.

»*Dolor espontáneo intermitente*, *punzadas*,

pinchazos.—De un estado hecho por Valleix con observaciones tomadas de varios autores, resulta, que de 89 casos solo se comprobaron las punzadas 30 veces; pero de 35 observaciones recogidas por el mismo y por Louis las ha encontrado en 32.

»Rara vez se manifiestan las punzadas desde el principio (4 veces entre 15); aparecen hácia la mitad de la enfermedad, y suelen persistir (8 entre 15), aunque el dolor contínuo y el provocado se hayan hecho casi nulos.

»Siempre parten las punzadas de los *puntos* indicados, nunca de sus intervalos.

Algunas veces se concentran en los sitios donde nacen; pero las mas se propagan mas ó menos á lo largo de los cordones nerviosos.

»Las punzadas fijas empiezan por un dolor leve, que se aumenta rápidamente, y llegado á su mayor intension, cesa de pronto.

»No siempre se dirigen las punzadas en igual sentido: «*In coxa natum antea dolorosa*, dice Cotugno, *sensim sæpe vidi ad pedem descendisse, vel in pede natum petivisse coxam*» (*De Ischiade nervosa commentarius*, Viena, p. 53; 1770).

»Respecto de este punto ha obtenido Valleix del examen de 32 hechos las siguientes cifras:

Punzadas de arriba á abajo ó neuralgia descendente. . .	16
—— fijas y diseminadas. . .	11
—— ora ascendentes, ora descendentes.	3
—— ascendentes y descendentes.	2

»La estension de las punzadas es variable; 4 veces de 36 ocupaban el espacio comprendido entre la espina iliaca posterior superior, y el gran trocanter, 5 desde la cadera hasta la rodilla, 2 solamente el borde posterior del peroné y el maleolo esterno; y en los demas casos la totalidad de los nervios.

»Así, pues, dice Valleix, en la mayoria de los casos afecta la neuralgia toda la estension del nervio; pero puede tambien limitarse á un espacio muy pequeño, siendo de notar que no guarda constantemente proporcion su estension con su violencia. En 4 casos de neuralgia violenta estaba circunscrito dos veces á la cadera y otras dos á un maléolo, y por el contrario, en muchas neuralgias poco graduadas se estendia desde los lomos hasta los dedos (Valleix, loc. cit., p. 531).

»Las punzadas y las exacerbaciones del dolor contínuo, se reproducen con intervalos mas ó menos largos, sin que á pesar de eso haya nunca intermitencia completa. Pueden verificarse muchos accesos en un minuto, y su frecuencia y su intension se hallan en relacion con la violencia de la enfermedad, siendo siempre, segun Cotugno, mas numerosos y graves por la noche. Verdad es que Valleix no ha confirmado la exactitud de esta asercion, porque en 17 enfermos de 35, fueron los dolores casi tan fuertes de dia como de noche: á veces (15 entre 89), los provoca el calor de la cama.

»Ha observado Valleix en una suma de 91 casos: dolores muy agudos 39 veces, medianos 43, y leves 7. Ollivier d'Angers vió un enfermo que padecia dolores tan atroces, que fue preciso tomar algunas precauciones para evitar se suicidase (*Dict. de méd.*, t. XXVIII, p. 186).

»No ocupa el dolor con igual frecuencia é intension los diferentes focos ó *puntos* que hemos indicados. En una suma de 36 casos estaban doloridos:

»El *punto lumbar*, 10 veces.

»El *punto sacro iliaco*, 35 veces; por consiguiente este dolor constituye un síntoma casi constante y de mucho precio para el diagnóstico. Su latitud no pasa de 5 líneas, su longitud varía entre 5 y 40.

»El *punto iliaco*, 8 veces: su estension es de 5 á 30 líneas de ancho, y de 5 á 15 de alto.

»El *punto glúteo*, 16 veces: tiene 5 á 30 líneas de ancho y 10 á 30 de alto.

»El *punto trocantéreo*, 26 veces: es de 10 á 40 líneas de ancho y alto.

»Los *puntos femorales* estan por lo comun mal circunscritos. 30 veces ha existido el dolor en toda la longitud del muslo; pero 6 de ellas era mas agudo en los tres puntos femorales: 4 veces existia únicamente en estos últimos. La altura de los puntos femorales es de 30 á 45 líneas, y su anchura poco considerable.

»Háse presentado un dolor general en la rodilla, 17 veces de 36; pero era mucho mas agudo hácia la parte esterna de la corva (*punto poplíteo*), la cabeza del peroné (*punto peroneotibial*) y el borde esterno de la rótula (*punto rotuliano*): en 9 sugetos solo existia el dolor en estos puntos.

»En la pierna se ha comprobado 28 veces de 36 un dolor mas ó menos agudo, á lo largo del borde posterior del peroné; siendo nueve de ellas mucho mas fuerte en la parte media del peroné, y en la inferior un poco por encima del maleolo. Estos puntos tenian de 10 á 40 líneas de alto y de 2 á 5 de ancho.

»En la pantorrilla se ha presentado 15 veces un dolor bien circunscrito al nivel del tabique fibroso que separa los músculos gemelos, ocupando una estension de 10 á 45 líneas de diámetro.

»A lo largo y un poco por fuera de la cresta de la tibia, se ha manifestado el dolor cinco veces.

»En el pie se ha presentado la afeccion 25 veces, siendo el dolor general 8 veces, pero 7 de ellas con predominio del *punto maleolar*: 17 veces se ha limitado el dolor á este punto ó al dorso del pie y de los dedos (*punto dorsal*). Estos diversos puntos tienen una altura de 10 á 40 líneas, y mucho menos anchura (Valleix, loc. cit., p. 504-517).

»Tres veces ha comprobado Valleix en la planta del pie un dolor difuso, que Martinet ha observado con frecuencia (*Du trait. de la*

sciatique et de quelq. nevralg. par l'huile de térébenthine; París, 1829).

»A veces va acompañado el dolor de una sensacion de frio, de un escalofrio parcial, ó bien, por el contrario, de una sensacion de calor ardiente: algunos enfermos tienen comezon. En ocasiones se halla el miembro durante los paroxismos afectado de temblor, de calambres y de contracciones dolorosísimas (7 veces de 96); por lo comun se verifican estos accidentes al salir el sugeto de un baño ó al meterse en la cama (Cotugno, loc. cit., p. 4;—Valleix, loco cit., p. 532). Solo se manifiestan cuando la enfermedad es muy intensa y ha llegado á su apogeo.

»*Dolor provocado.* — En todos los enfermos observados por Valleix ha existido dolor á la *presion*. Si los autores le han notado pocas veces (4 de 60 Martinet) debe atribuirse á que no fijaron su atencion en los puntos doloridos neurálgicos.

»Ora basta una ligera presion para determinar un dolor agudo; ora es preciso apoyar con fuerza sobre el punto neurálgico. Por lo demas es muy variable la intension del dolor.

»En la mayoria de los casos ocupan los mismos puntos el dolor espontáneo y el provocado; pero no siempre sucede así. Hé aqui los resultados obtenidos por Valleix respecto de este particular.

Dolor espontáneo y á la presion reunidos en unos mismos puntos. . .	61 veces.
Dolor á la presion sin dolor espontáneo.	15
Dolor espontáneo y no á la presion.	13

»Los *movimientos*, por suaves que sean, provocan á veces dolores en uno ó muchos de los puntos indicados, y principalmente en los de la cadera y de la nalga (19 veces de 36). En 4 casos, dice Valleix, tenian los enfermos que permanecer en cama con el miembro medio doblado; porque la menor tentativa para estenderle ocasionaba agudísimos dolores (loc. cit., página 521).

»La *progresion* escita constantemente el dolor, cuando este se desarrolla por los movimientos en la cama; pero ademas puede no existir en la cama dolor ninguno, y sin embargo verse el enfermo en la imposibilidad de dar un paso por el dolor que al intentarlo esperimenta (29 veces de 36).

»Es mas violento el dolor en el momento en que el miembro apoya en el suelo para sostener el peso del cuerpo; de donde resulta una claudicacion mas ó menos notable.

»En ocasiones provocan el dolor el *decúbito* sobre el lado enfermo (10 veces de 16) y la *estacion sentada*.

»Las *grandes inspiraciones*, la *tos*, la *risa*, el *estornudo* y los *esfuerzos de defecacion* determinan á veces el dolor (6 veces de 36); circunstancia que, segun Beau y Maissiat, debe atribuirse á la presion que ejercen las vísceras abdominales en los plexos nerviosos (*Rech. sur le mecanisme des mouvements respiratoires*, en *Arch. gén. de méd.*, 1843, t. XIV, p. 281).

»*Estado del miembro enfermo.* — Cotugno ha insistido mucho en la semi-paralisis que puede acompañar á la neuralgia ciática, y cuyos signos son la atrofia, la debilidad del miembro, la claudicacion (loc. cit., pág. 7 y sig.). De las observaciones de Valleix resulta: 1.° que la atrofia se manifiesta pocas veces (5 de 36); que no siempre se halla en relacion directa con la intension y la duracion de la enfermedad; que debe atribuirse á la inaccion del miembro á causa del dolor, y que con el ejercicio desaparece en poco tiempo; 2.° que la semi-paralisis es mucho mas rara que la atrofia; que tarda en presentarse muchos meses y aun años, por intensa que sea la enfermedad, y que á veces persiste largo tiempo despues de disipado el dolor (Valleix, loc. cit., p. 537-539).

»James asegura que la ciática suele ir acompañada de una semi-paralisis del sentimiento. «No parece sino que el aumento de la sensibilidad del nervio en los puntos en que existe la neuralgia se ha verificado á espensas de la sensibilidad general del miembro. Esta paralisis del sentimiento persiste á menudo despues de haber desaparecido completamente el dolor» (*Rech. theor. et prat. sur les nevralgies et leur traitement*, en *Gaz. méd.*, 1840, p. 711).

»Rara vez acompañan á la neuralgia ciática trastornos funcionales (véase *Neuralgias en general*). Los síntomas que en ciertos casos ha observado Valleix en los aparatos de la circulacion, de la respiracion, de las digestiones y en las vias urinarias, eran siempre efecto del tratamiento.

»CURSO, DURACION Y TERMINACION.—De 27 casos recogidos por Valleix y Louis fué la invasion de la enfermedad repentina en uno, rápida en 11, lenta y gradual en 15. En cuanto al sitio del mal y á la propagacion de los dolores, hé aqui el resultado de las observaciones de Valleix.

»Entre 103 casos ha ocupado la enfermedad el lado izquierdo 46 veces, el derecho 43, y los dos 14; por manera que no es el predominio en favor del lado izquierdo tan marcado como pretenden la mayor parte de los autores.

Parage donde se presentó el dolor.	Puntos invadidos mas adelante.	Núm. de casos.
Cadera.	Muslo ó pierna, ó uno y otro.	14
Cadera y muslo. . .	Pierna	5
Muslo.	Cadera y pierna. .	3
Muslo.	Pierna	1
Pierna	Muslo y cadera. . .	3
Muslo y pierna. . .	Cadera.	3
Cadera.	. . . .	2
Corva	. . . .	1
Todos los puntos á la vez	. . . .	4
		36

«Resulta de este cuadro que en un total de 36 casos ha sido la neuralgia

General desde luego.	4	veces.
Localizada en un solo punto. .	3	
Descendente.	20	
Ascendente	6	
Ascendente y descendente. . .	3	

»De 33 casos bien espuestos, aparece que en 21 se ha caracterizado la invasion por un dolor mas ó menos agudo, determinado por el movimiento y la progresion; en 11 por punzadas y en uno por adormecimiento.

»Despues de haber llegado el mal mas ó menos rápidamente á su mayor intensidad, presenta exacerbaciones, accesos irregulares, cuyas causas determinantes se ocultan á nuestras investigaciones. A menudo se manifiestan los accesos por la tarde ó por la noche, y son tanto mas frecuentes, cuanto mas baja la temperatura. Estos hechos, dice Valleix, propenden á invalidar la opinion de Cotugno, y á demostrar que las exasperaciones nocturnas se deben, no al calor de la cama, sino al descenso de la temperatura esterior. El estado higrométrico de la atmósfera y las variaciones barométricas no tienen en este caso influencia apreciable (Valleix, loc. cit., p. 549 y sig.)

»Solo en 6 casos de 82 han presentado los paroxismos cierta regularidad, y tres veces han ido acompañados de un movimiento febril, que ha podido persuadir que existia una fiebre periódica. Sin embargo, siempre se verificó la curacion sin necesidad de echar mano del sulfato de quinina.

»No puede establecerse regla alguna general en cuanto á la duracion de la enfermedad: en los 15 enfermos observados por Valleix ha variado entre 16 dias y 9 meses; en los 21 sugetos de Louis entre 21 dias y 17 meses; en los enfermos cuyas observaciones, publicadas por diversos autores, ha reunido Valleix, entre 8 dias y 6 años. Cotugno habla de un enfermo cuya neuralgia databa de 30 años (véase *Neuralgias en general*).

»La *terminacion* nunca es funesta á no ocurrir alguna complicacion. De 107 enfermos observados por diversos autores, 78 se curaron, 12 se aliviaron, 5 daban esperanzas de curacion cuando se publicó su historia, y 12 no habian esperimentado mejoria alguna. Casi en la sesta parte de los enfermos ocurren *recidivas*, cuyo número es variable: Valleix habla de un individuo que habia sufrido diez y ocho.

»Complicaciones.—De los 15 sugetos observados por Valleix, 13 sintieron dolores neurálgicos en otras partes del cuerpo: 5 en la cabeza, 6 en el pecho, y 2 en los lomos y el abdomen.

»En la ciática unilateral los dolores concomitentes se manifiestan siempre en el mismo lado; en la doble se presentan en el que mas violentamente padece é indiferentemente en cualquiera de ellos.

»Diagnostico.—J. Franck ha establecido con cuidado el diagnóstico diferencial de la neuralgia ciática, de los abscesos del psoas, del coxartrocase (coxalgia), de los abscesos de la fascia lata y de los aneurismas de la arteria crural (*Path. med.* edic. de la *Encyclop. des scienc. med.*, t. III, p. 302 y sig., Paris 1838). Ademas es preciso distinguir la ciática del reumatismo articular y muscular, de la paraplegia y de la neuritis (v. Valleix, loc. cit., página 584-605). Por nuestra parte no necesitamos volver á ocuparnos aqui de los pormenores que hemos espuesto al tratar de las neuralgias en general; y solamente recordaremos, que la invasion, el curso de la enfermedad, la naturaleza y direccion de los dolores, la existencia de los puntos doloridos, la ausencia de fiebre y de trastornos funcionales, etc., hacen casi siempre muy fácil el diagnóstico.

»Solo en casos complicados ó escepcionales podrá verse el práctico perplejo durante algunos dias, para decidir si existe una ciática, ó bien un reumatismo ó una coxalgia incipiente (v. Valleix, loc. cit., p. 585, obs. 51, p. 591, obs. 52). Uno de nosotros ha observado hace poco una mujer con un absceso en el tabique recto vaginal, que simuló durante dos dias una neuralgia ciática limitada á la cadera.

»Pronóstico.—«Si no se combate, dice J. Frank, la enfermedad en su principio, se hace en cierto modo crónica y á veces incurable.» Esta proposicion es muy exacta; el pronóstico de la ciática nada tendria de desagradable, si no fuera por la larga duracion del mal y por sus recidivas, que son tanto mas frecuentes, cuanto mas tardio el tratamiento: «casi todas las ciáticas largas, rebeldes, dolorosas, acompañadas de conmociones en el miembro y de semiparalisis, han llegado á este estremo al cabo de mucho tiempo y por no haberlas combatido oportunamente al principio» (Valleix, loc. cit., p. 605).

»Etiologia. — *Causas predisponentes.— Edad.*—124 hechos reunidos por Valleix (loc. cit., p. 566), dan por resultado las siguientes cifras.

De 17 á 20 años.	4
20 á 30	22
30 á 40	30
40 á 50	35
50 á 60	26
60 á 70	6
mas de 70	1

»*Sexo.*—Entre los mismos 124 enfermos se contaban 72 hombres y 52 mujeres; y entre 22 que sufrieron una ó muchas recidivas habia 17 hombres. Estos números justifican la proposicion de J. Franck, quien declara que la neuralgia ciática es mas frecuente en el sexo masculino.

»Comparando la edad y el sexo ha deducido Valleix, que desde una edad inferior á veinte años hasta la de treinta, es el número de ciáticas superior en las mujeres (16 mujeres para

10 hombres); pero el mismo confiesa que las cifras que le sirven de base son insuficientes.

»El estudio de la *constitucion*, del *temperamento*, de la *habitacion*, de la *alimentacion*, de las *estaciones*, etc., ha dado resultados análogos á los que hemos espuesto al tratar de las neuralgias en general. Ahora reproduciremos los números obtenidos por Valleix.

		veces.
Constitucion.... 59 hechos.	Const. fuerte, robusta.....	41
	— mediana.....	13
	— mala.	2
	— nerviosa.....	3
Temperamento. 35 hechos.	Temp. nervioso....	14
	— sanguineo....	4
	— bilioso, bilioso-sanguineo....	8
	— nerv. bilioso-sanguíneo.	5
	— linfático......	4
Habitacion...... 27 hechos.	Hab. seca, abrigada y clara..	13
	— húmeda, fria y oscura......	14
Alimentacion... 21 hechos.	Alim. abundante y sana........	19
	— escasa y mala..........	2
Menstruacion... 24 hechos.	Mens. regular, no dolorosa....	10
	— regular pero dolorosa....	3
	— irregular y escasa.......	4
	— suprimida anteriormente pero restablecida.....	4
	— suprimida....	3
Estaciones...... 79 hechos.	Enero...............	17
	Febrero............	5
	Marzo...............	8
	Abril...............	5
	Mayo...............	5
	Junio...............	5
	Julio...............	3
	Agosto..............	7
	Setiembre..........	8
	Octubre.............	5
	Noviembre..........	7
	Diciembre..........	4

»*Causas determinantes.*—El frio y las violencias esteriores son las únicas causas cuya accion se halla bien comprobada. En cuanto á los modificadores indicados por J. Frank (loc. cit., p. 302), tales como la metastasis sarampionosa, la supresion de las hemorroides, de los loquios, de la leche, y las enfermedades del útero, no hay razon alguna para admitir su influencia.

»TRATAMIENTO.—El tratamiento de la ciática no difiere en el fondo del de las demas neuralgias; y por consiguiente no repetiremos lo que queda dicho al tratar de estas enfermedades en general, limitándonos á consignar aqui los pormenores que se aplican mas especialmente á la neuralgia ciática.

»En esta enfermedad es en la que se ha preconizado especialmente el *aceite esencial de trementina,* y sin embargo, si se someten á un análisis severo los hechos aducidos por Martinet (obra cit.), no se obtienen conclusiones tan favorables como las que ha formulado este observador. Efectivamente, entre 58 enfermos cuya historia se ha recogido de un modo satisfactorio, 34 se han curado, 6 han esperimentado un alivio mas ó menos notable y 13 no han presentado ninguna modificacion; 5 casos son dudosos. Pero estos resultados nada tienen de estraordinario, sobre todo si se considera: 1.° que en los casos de curacion nunca pasaba la enfermedad de diez y ocho meses de fecha, datando en ocasiones de ocho y quince dias; 2.° que 6 veces se ha resistido la ciática á la trementina, cediendo luego á la aplicacion de vejigatorios, y 3.° que no ha podido Martinet consignar en igual proporcion los hechos favorables y los adversos á la accion de la trementina (v. Raige-Delorme, *sur l'emploi de l'huile de terebenthine dans la sciatique* en los *Arch. générales de méd.*, t. IV, p. 400; 1824; Valleix, obra cit., p. 632-637).

»Sea como quiera la trementina ha sido manifiestamente útil en muchos casos, y no debe descuidarse el uso de este medicamento. Hé aqui las principales fórmulas que se han puesto en uso: R. de esencia de trementina 3 dracmas; yema de huevo, n.° 1; de jarabes de menta y de flor de naranjo, de cada cosa 1 onza: tres cucharadas diarias: R. de aceite de trementina 2 dracmas; de miel rosada 4 onzas: dos á seis cucharadas diarias: R. de aceite de trementina 2 dracmas; de goma arábiga en polvo 1 1|2 onzas; de azúcar en polvo 4 dracmas; de jarabe de flor de naranjo 1 onza: para tomar en las veinticuatro horas en tres dosis en hostias: R. de aceite de trementina 1 dracma; de magnesia calcinada 2 1|2 escrúpulos; de aceite de menta 8 gotas: háganse bolos del tamaño de una avellana, para tomar tres en las veinticuatro horas.

»La trementina determina generalmente algunos trastornos funcionales: hé aquí el estado que respecto de este punto presenta Valleix.

Calor ó peso en el estómago; inapetencia; eructos desagradables; ardor en la garganta.	15 veces.
Vómitos, cólicos ó diarrea.	8
Calor general.	3
Calor en el miembro enfermo. . .	13
Sudores.	10

Aumento en la orina. . . . . . . 4 veces.
Estranguria ó disuria. 2

»Cotugno y Reveille Parise (*Mem. sur la sciatique*, en *Arch. gén. de méd.*, t. IX, página 471; 1825) preconizan especialmente los vejigatorios, aplicados al nivel de la cabeza del peroné, de la corva ó de la tibia. Hé aqui por lo demas como se esplica Cotugno, hablando de un sugeto cuya enfermedad databa de cuatro meses.

»Pastam vesicantis communi methodo paratam in formam planam, sex longam transversos digitos, quatuor latam, extendi jussimus. Hæc transversim capiti fibulæ applicata est, sic ut medium emplastri totum fibulæ caput occuparet susque deque superesset sed maxime deorsum: hinc vero, et illinc extrema longitudinis emplastri, alterum ad poplitem ascenderet, alterum descenderet ad tibiam» (loc. cit., p. 105).

»Sin embargo, cuando lo exigian las circunstancias, tambien sabia Cotugno hacer aplicaciones vesicantes á la cadera, por encima del maleolo esterno y sobre el dorso del pie (loc. cit., p. 112). Por una feliz casualidad, dice Valleix, su teoría le indicaba como sitios de preferencia para tales aplicaciones, los mismos en que existen mas constantemente los centros doloridos en la parte inferior del miembro.

»Cotugno curaba el vejigatorio con manteca fresca; le sostenia por nueve ó diez dias (loc. cit., p. 106) y le renovaba tres ó cuatro veces hasta completar la curacion (p. 108): al propio tiempo mantenia libre el vientre por medio de lavativas (p. 72 y sig.). Con esta medicacion dice haber conseguido resultados estraordinarios.

»La anatomía patológica ha echado por tierra la teoría de Cotugno, que solo aplicaba los vejigatorios con el objeto de evacuar el humor morboso, que segun él rodeaba el nervio enfermo; pero la observacion ha confirmado la eficacia de su terapéutica.

»De 26 enfermos cuyo tratamiento ha estado basado en los vejigatorios (una á cinco cantáridas) 22 se han curado completamente, y de los 4 restantes 2 solo sufrieron una aplicacion. Era la enfermedad muy violenta en 24 casos, y en muchos databa de cuatro, diez, quince meses, y aun de varios años: 6 veces habia resistido á muchas medicaciones. La duracion del tratamiento ha variado entre siete y setenta dias (Valleix, loc. cit., p. 607-609).

»Valleix ha reemplazado los *vejigatorios sostenidos*, con *vejigatorios volantes*, aplicados sucesivamente á los diversos puntos doloridos del miembro, y cree que debe concederse la preferencia á este último método.

»Solo 5 veces entre los 125 hechos reunidos por Valleix se ha usado la *morfina* por el *método endérmico*, y nunca ha procurado una curacion completa (Valleix, loc. cit., p. 627); pero este autor no ha tenido en cuenta varios casos muy concluyentes citados por Mondiere (*Arch. gén. de méd.*, tomo VI, pág. 193 y siguientes; 1835), y por nuestra parte podemos añadir, que con mucha frecuencia hemos obtenido de esta medicacion resultados rápidos y completos.

»Los *moxas* han sido útiles en ocasiones (Paillard, *Nouvelle biblioth. méd.*, t. II, 1828); pero nosotros les preferimos la *cauterizacion transcurrente*, con la cual hemos visto á Jobert obtener la curacion de ciáticas antiguas y rebeldes á todas las demas medicaciones (Jobert, *Etudes sur le systeme nerveux*, p. 662 y siguientes; París, 1838.—Valleix, obra cit., p. 120).

»Earle ha preconizado la *acupuntura* (*The med.-chir. review*, número de julio 1827; *Archives gén. de méd.*, t. XIV, p. 450; 1828) y Jorel las *fricciones con el aceite de croton* (Tésis de París, p. 17, n.° 177; 1833).

»James cita muchas y notables observaciones de curaciones, obtenidas en las salas de Recamier y Andral por medio de la electricidad (James, mem. cit., p. 711 y sig.).

»Historia y bibliografia. — Hipócrates, Fernelio y Riclano, conocieron sin duda alguna la neuralgia ciática, pero apenas la indicaron, y á Cotugno es á quien pertenece el honor de haber hecho la primer descripcion de esta enfermedad. Su escrito (*De ischiade nervosa commentarius*; Viena, 1770) contiene una buena descripcion de los síntomas; hallándose en él bien establecido el diagnóstico, y una terapéutica que todavía obtiene la preferencia. De sentir es que consagre muchos capítulos á disertaciones hipotéticas y erróneas sobre la naturaleza de la enfermedad.

»Chaussier (*Table synoptique de la nevralgie*; París, año XI) nada ha añadido á las observaciones de Cotugno.

»Las tésis de los señores Roussel (*Disert. sur la sciatique nerveuse*, tésis de París, 1804) Tournillac-Beringier (*Disert. sur la nevralgie femoro-poplitée ou sciatique*, tésis de París, 1814) y Peyrade (*Diss. sur la nevralgie femoro-poplitée*, tésis de París, 1817) contienen hechos y pormenores interesantes.

»Débese hacer una mencion especial de los escritos de Arloing (*Observ. sur l'efficacité de la methode de Cotugno dans le traitement des nevralgies des membres abdoninaux*, en *Journ. génér. de méd.*, t. LXXXXVIII, p. 293; 1827) y Martinet (*Du traitement de la sciatique et de quelques nevralgies par l'huile de terebenthine*; París 1829).

«El trabajo de Valleix (*Traité des nevralgies*, p. 480-647; París, 1841) es una monografía completa, que ha llenado indudablemente una de las lagunas de la ciencia, y de la que hemos tomado muchos materiales para la redaccion de este artículo» (Monneret y Fleury, *Compendium*, t. VII, p. 484-490).

ARTICULO IX.

Neuralgia cutánea ó dermalgia.

»Jolly ha establecido *neuralgias de las estremidades nerviosas*, y describe con este nombre las del *tejido muscular*, *fibroso*, *huesoso*, *seroso*, *mucoso*, y las *neuralgias cutáneas*. La existencia de las primeras especies estriba solo en una hipótesis que no está justificada por ningun hecho, y veremos que la de la dermalgia apenas se halla mejor demostrada.

»Este autor considera como neuralgias cutáneas los dolores que preceden y siguen especialmente á la erupcion del zona, como tambien á ciertas erisipelas ambulantes, y los que suceden á las heridas antiguas y á las operaciones graves (*Dic. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, p. 41). Pero en todos los casos de este género existen alteraciones de la piel ó de los nervios, que esplican mejor el dolor que la suposicion de una neuralgia.

»Piorry (*Mem. sur le nature et le traitement de plusieurs nevroses*, obs. I), cita la observacion siguiente como un ejemplo de neuralgia cutánea. «Hacia mas de dos años que un hombre esperimentaba en el hipocondrio izquierdo y en toda la palma de la mano, una sensacion de hormigueo, de entorpecimiento, y algunas veces punzadas insoportables; cuyo dolor era completamente superficial y limitado á la piel. Se aumentaba con la mas ligera presion, y hacia incómodo el menor contacto; los movimientos de los músculos subyacentes se verificaban con facilidad y sin ningun dolor; el tejido celular subcutáneo correspondiente á la parte enferma estaba bastante flojo, para permitir que esta cambiase de lugar, obedeciendo á las tracciones practicadas en la piel de las inmediaciones; pero aunque se hiciese que el dermis dolorido perdiera sus relaciones con las partes subyacentes, continuaba existiendo el dolor en la porcion de los tegumentos retraida, sin que se percibiera en los puntos que anteriormente cubria. Este dolor, enteramente semejante al de las neuralgias, no se estendia á otros parages, y presentaba paroxismos frecuentes, en que era mucho mas intenso. La piel estaba sana en apariencia, sin que ofreciera ningun cambio de color que pudiera distinguirla de la inmediata, y su grosor, temperatura, etc., en nada diferian de los de los demas puntos de la superficie del cuerpo.»

»Los enfermos esperimentan en la superficie del cuerpo dolores vivos en ciertos casos de intoxicacion saturnina, que Tanquerel ha localizado en la piel, refiriéndolos por consiguiente á una dermalgia (*Traité des maladies de plomb.*, t. I, p. 510; París 1833).

«El clavo histérico, dice Beau (*Note sur les dermalgies* en *Arch. gén. de méd.*, t. XII, página 121; 1841), es las mas veces una dermalgia muy circunscrita, y no se crea que las neuralgias de la piel producidas por el histerismo sean siempre tan poco estensas. He observado tres veces una dermalgia histérica, que afectaba casi toda la piel, presentándose de vez en cuando despues de los ataques propiamente dichos.»

»En la sífilis constitucional hay á veces dolores vivos, lancinantes é intermitentes en la cubierta cutánea, que no pueden referirse á ninguna alteracion apreciable.

»Beau (loc. cit.) piensa que deben referirse á las dermalgias los agudos dolores que se fijan en ciertos casos en los miembros inferiores *cuando existe una mielitis*; pero escusamos esponer los motivos que nos obligan á desechar esta opinion.

»Por último, usando este autor probablemente de la palabra *dermalgia* como sinónima de *dolor cutáneo*, describe una afeccion que llama indiferentemente *dermalgia*, *dermalgia reumática* y *reumatismo de la piel*. Esta última denominacion es la que nosotros adoptaremos, y por consiguiente nos ocuparemos en otro lugar del trabajo de Beau (véase REUMATISMO).» (MONN. y FL., *Compendium*, etc., t. VI, p. 203).

B. *Neuralgias de la vida de nutricion.*

»Entre las neuralgias del aparato cerebro-espinal (*neuralgias de la vida de relacion*), y las del ganglionar (*neuralgias de la vida de nutricion*: *enteralgia hepatalgia*, *esplenalgia*, *nefralgia*, *etc.*), establece Jolly una clase intermedia, consagrada al aparato nervioso de asociacion, es decir, á los nervios vagos y diafragmáticos (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, tomo XII, p. 44).

»Este médico considera como neuralgias neumogástricas el *asma esencial*, la *coqueluche*, las *disneas*, las *toses nerviosas*, ciertas *jaquecas*, *vómitos* y *fenómenos histéricos* (*Mém. sur les nevralgies du systeme nerveux de la vie interieure* en la *Nouvelle biblioth. méd.*, 1828, t. II, página 149). Es evidente que en estos casos no se trata de neuralgias, sino de neurosis propiamente dichas, y remitimos al lector á los artículos en que describimos las afecciones que acabamos de nombrar (v. ASMA, COQUELUCHE, DISNEA, TOS, VÓMITO, JAQUECA, HISTERISMO). Asi, pues, solo haremos algunas reflexiones sobre algunas de las siguientes.

»1.° NEURALGIA DE LA FARINGE (*Faringalgia*).—La neuralgia del gloso-faríngeo perteneceria á la clase consagrada por Jolly á las neuralgias del aparato nervioso de asociacion. Verteuil (*Remarques sur les nevralgies*, tés. de París, 1835, n.° 182) es el que la ha establecido; pero estan lejos de ser concluyentes las dos observaciones que refiere este autor (loc. cit., p. 43). No haremos mas que copiarlas, pues la corta descripcion que hace este médico, basta para demostrar la necesidad de ulteriores investigaciones.

«En la faringalgia hay las mas veces infla-

macion, pero es ligera y superficial; el dolor no es contínuo ni se aumenta con la presion; todos los agentes que se emplean para combatir las enfermedades de garganta son inútiles; los enfermos no esperimentan ningun dolor mientras degluten ó hablan; pero despues de cualquier ejercicio algo sostenido del órgano se disminuye la secrecion mucosa y se aumenta el dolor, haciéndose vivo, lancinante y agudo. Hay otro síntoma muy incómodo y al parecer constante, y es la necesidad de escupir con frecuencia: los esputos son espesos y opacos: los enfermos esperimentan algunas veces espasmos violentos y sofocacion. Los sufrimientos y el estado inflamatorio desaparecen por un tiempo mas ó menos considerable, para manifestarse de nuevo y durar algunos dias. Esta especie de accesos son mas ó menos largos é intensos. Todas las sustancias estimulantes, como los ácidos, especialmente el vinagre, la pimienta, etc., exasperan los síntomas. La neuralgia de la faringe se desarrolla con mucha lentitud, y solo *en las personas sujetas á los males de garganta*, y no siempre existe sola, pues á veces va acompañada de dolores neurálgicos en diversas partes del cuerpo, principalmente en la cabeza. No son tan marcados los fenómenos de dia como de noche; durante esta última suele secarse la faringe; el paso del aire se hace muy penoso, y los enfermos se despiertan sobresaltados. Esta neuralgia es mas comun en las mujeres que en los hombres. Los baños de rio, las afusiones frias, las sales de morfina administradas al interior ó por el método endérmico, valiéndonos de vejigatorios que se colocan á los lados del cuello. son los medios con que debe combatirse la faringalgia.»

»2.° De las neuralgias del *esófago* y de la *laringe* hemos tratado al hablar de las enfermedades de estos órganos, asi como de la del pulmon al describir el asma, la disnea, angina de pecho, etc.

»3.° NEURALGIA DEL CORAZON (*cardialgia*).—«Es bastante comun, dice Laennec (*Traité de l'auscultation mediate*, t. III, p. 348; París, 1831), encontrar personas que esperimentan, constantemente ó por intervalos, dolores análogos á los reumáticos y neurálgicos, cuyo asiento refieren al corazon, teniéndolos infundadamente los enfermos, y aun á veces los médicos, por signos de una afeccion orgánica. Estos dolores no se propagan en ciertos casos á otros puntos; pero bastante á menudo ocupan alternativa ó simultáneamente los pulmones y el estómago en una estension mayor ó menor. Algunas veces existen al mismo tiempo en el plexo cervical superficial, y siguen todo el trayecto de los ramos que este suministra á las paredes torácicas anteriores; y con mas frecuencia todavía, cuando llegan á adquirir su mayor intensidad en el corazon, se sienten igualmente en los nervios del plexo braquial, sobre todo en el cubital, cuyo trayecto siguen hasta el codo, y aun á veces hasta la estremidad de los dedos; en cuyo último caso se confunde la enfermedad con la angina de pecho.»

»Bouillaud acepta las ideas de Laennec en cuanto á las anginas de pecho; pero no cree que los dolores puedan tener su asiento en el mismo corazon, órgano que en el estado fisiológico no goza al parecer de ninguna sensibilidad animal. «No pretendo, añade Bouillaud, que no puedan los mismos nervios del corazon participar de la lesion de los respiradores, y solo creo que esta lesion se revela entonces por desórdenes en los movimientos del corazon, acompañados de esa desazon indefinible que suele preceder á los desmayos ó lipotimias (Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*, t. II, página 492; París, 1835).

»Uno de nosotros ha publicado una observacion, que parece establecer de un modo evidente la existencia de la cardialgia, es decir, de la *neurosis dolorosa del corazon.*

»Una jóven propensa á dolores neurálgicos (gastralgia, prosopalgia) sintió de pronto en la region precordial un dolor bastante vivo, que se aumentaba con los movimientos respiratorios y los latidos del corazon, los que se hicieron precipitados, tumultuosos é irregulares. Al cabo de algun tiempo adquirió el dolor una intensidad estraordinaria, y sobrevino un acceso de sofocacion, que hizo temer una muerte pronta; pero todos los accidentes desaparecieron despues de un ataque histeriforme (L. Fleury, *Reflexions et observations pour servir au diagnostic des neuralgies* en el *Journal de méd.*, obs. 2, núm. de abril, 1843).

»En las cloróticas se observan á veces dolores cárdicos, que solo pueden atribuirse á una neuralgia del corazon.

»Es imposible basar en hechos la historia de la cardialgia, y no reproduciremos el cuadro trazado por Pigeaux (*Traité pratique des maladies du cœur*, p. 748; París, 1839), porque es evidentemente una descripcion fundada en una analogia supuesta.

»4.° NEURALGIA DEL DIAFRAGMA (*hipo idiopático*). — «Las neuralgias diafragmáticas son intermitentes, y se manifiestan por dolores mas ó menos vivos, acompañados de constriccion en el epigastrio y en el dorso, y de un hipo mas ó menos violento, que muchas veces coexiste con eructos, vómitos, y con todos los fenómenos que denotan un estado espasmódico del diafragma.»

»Para justificar esta definicion refiere Jolly (*Nouvelle biblioth. méd.*, t. II, p. 152, 1828) algunas observaciones, que en nada modifican la descripcion que en su lugar hemos hecho del hipo idiopático (v. HIPO).

»5.° Las neuralgias del estómago y de los intestinos las describimos entre las enfermedades del aparato digestivo.

»6.° NEURALGIA DEL ANO. — «El espasmo del ano, considerado por Boyer como esencial y dependiente de las contracciones dolorosas del esfínter, no es en nuestro concepto, dice Jobert,

otra cosa, que un síntoma cuya causa debe buscarse, no en la fibra muscular, sino en el nervio que se distribuye por ella; y asi, aunque esta convulsion del esfinter dependa las mas veces de la fisura del ano, conviene saber que no siempre es necesaria tal fisura, y que á veces puede determinar la convulsion la neuralgia de los nervios que se distribuyen en el esfinter» (*Etude sur le systeme nerveux*, t. II, página 667).

»Campaignac (*Considerations sur les nevralgies des organes genito-urinaires et de anus* en el *Journal heblomadaire*, núm. del 28 de febrero de 1829) refiere la observacion de una mujer, cuyo esfinter del ano era asiento de dolores agudos é intermitentes, que se percibian igualmente hácia los grandes y pequeños lábios, propagándose hasta el orificio de la vagina, sin que aquel músculo estuviese duro ni estrechado.

»Roux dice que la neuralgia anal coincide á veces con la fisura del ano, y refiere, que habiéndose hecho en un caso de esta especie la incision del esfinter, se aumentaron los dolores neurálgicos, é invadieron los muslos y las paredes abdominales.

»Piorry (*Mém. sur la nature et le traitement de plusieurs nevrouses*, etc., obs. 5) considera como un ejemplo de neuralgia anal la observacion siguiente: «Un hombre habitualmente estreñido, y que solia escretar materias fecales muy duras, tenia inmediatamente por encima de los esfínteres del ano un tubérculo hemorroidal, del grosor de un cañamon, que no producia comunmente mas que una comezon, que se renovaba cuando el estreñimiento era mayor de lo acostumbrado. Mas cuando para defecar tenia que hacer esfuerzos muy considerables, y sobre todo bastante prolongados para irritar las partes que rodean el ano, se presentaba un dolor muy vivo, que el enfermo percibia distintamente subir al fondo del abdomen; sobrevenian desmayos, náuseas, y algunas veces vómitos; la cara se ponia pálida, las facciones retraidas, y la piel se cubria de un sudor frio. Estos accidentes se disipaban completamente en algunos minutos.»

»Tales son los elementos que posee la ciencia sobre la historia de la neuralgia anal, por donde se ve cuan preciso es hacer ulteriores observaciones.

»7.º Ultimamente hablamos de las neuralgias del *hígado*, del *bazo*, de *los riñones*, de *la vejiga* y del *útero* al tratar de cada uno de estos órganos.» (Monneret y Fleury, *Compendium*, sit. cit.)

CAPITULO III.

De la neuritis.

«Sinonimia. — *Inflamacion de los nervios, neuritis, nevritis, neurilitis, nervilemitis.*

»Definicion y division.—La historia de esta enfermedad es todavia muy incompleta; por lo cual, y por corresponder su estudio especialmente á la patologia esterna, diremos de ella pocas palabras.

»Generalmente se admite que la inflamacion nunca invade el tejido nervioso, sino solamente el neurilema. «Nemo forte unquam, dice Boerhaave, vidit inflammationem in nervo, hæc vero si contingat, in sola tunica vaginale hæret» Martinet (*Mém. sur l'inflammation des nerfs* en la *Revue médicale*, t. II, p. 330; 1824), adopta la misma opinion. Sin embargo, Cruveilhier ha estendido algun tanto el dominio anatómico de esta enfermedad, y los hechos justifican completamente su dictámen. Dice que la inflamacion reside en el neurilema y en el *tejido celular adiposo* que abunda bastante en el espesor de los cordones nerviosos (Cruveilhier, *Anat. pathol.*, ent. 35, l. 2).

»Duges (*Mém. sur la nevrite puerperale* en la *Revue médicale*, t. III, p. 157; 1824) distingue cinco especies de neuritis; 1.º simple; 2.º edematosa; 3.º flemonosa; 4.º edemato-flemonosa; 5.º gangrenosa. Luego veremos lo que debe pensarse de la neuritis flemonosa ó purulenta; en cuanto á la gangrenosa no hay dato alguno que demuestre su existencia; y es imposible tener en cuenta el escrito de Dugés, que solo estriba en hechos incompletos, mal apreciados, y por punto general totalmente estraños á la neuritis.

»Gendrin (*Hist. anat. des inflamations*, t. II, París, 1826) ha dividido la neuritis en *aguda* y *crónica*; pero todavia no ha demostrado la observacion la existencia de esta última forma de inflamacion nerviosa.

»Alteraciones anatómicas.—El neurilema presenta una inyeccion tanto mas compacta, cuanto mas se acerca al centro de la flegmasía. Sin embargo, aun en los sitios en que es mayor la inyeccion, se distingue una red vascular, que rodea tambien los filamentos que forman el centro del cordon nervioso, y que examinada con el lente, aparece constar de una multitud de capilares, que unen transversalmente los capilares principales que corren hácia atrás ó hácia adelante á lo largo del nervio. No es posible inyectar artificialmente estos capilares transversales. El mismo tejido celular intersticial de los cordones nerviosos está muy inyectado é infiltrado de serosidad (Gendrin, loc. cit., página 142). Se comprueba mejor esta alteracion macerando el nervio con una ligera disolucion alcalina, que destruye la pulpa y deja intactos el neurilema y la inyeccion.

»A veces se presenta la inyeccion en forma de chapas de varias formas (Van de Keeze, *Rech. anat. et observ. sur les nev.*, en *Journ. univ. des sciences méd.*, t. XXV, p. 67; 1822).

»En un caso referido por este último autor, estaba el neurilema muy adherente en muchos parages, y desprendiendo algunos trozos de él, presentaban engrosamientos notables y granulaciones blanquecinas, miliares y agrupadas.

»En un grado mas avanzado de la inflamacion, está el nervio de un color rojo uniforme, moreno ó violado, como equimosado (Van de Keeze); parece que hay sangre estravasada é infiltrada en el neurilema; el cordon nervioso adquiere á veces un volumen doble ó triple del normal (Martinet, loc. cit.); presenta una testura casi homogénea, con tejido esponjoso rojo como si fuera un cordon de tejido celular inflamado, limitándose la inyeccion vascular á los puntos en que se continúa la flegmasía con las partes sanas; en cuyos sitios parece el nervio como disecado, y se hallan separados sus filamentos por una serosidad bastante abundante ó por sangre fluida y casi pura (Martinet, loc, cit., p. 341-343). Tambien se advierte que han desaparecido las vesículas adiposas del tejido celular que rodea el nervio, ó que penetra en su sustancia (Gendrin, loc. cit., p. 141).

»Algunas veces está reblandecido el nervio; se deja dividir con la uña, y se desgarra con facilidad transversal y longitudinalmente (Van de Keeze, loc. cit.) En un caso referido por Van de Keeze, estaba la sustancia nerviosa configurada en forma de rosario, con las cuentas duras, resistentes y fibro-celulosas, separadas por una pulpa blanquizca, delicuescente, de un color gris rojizo sucio.

»Martinet ha visto pus infiltrado entre los filamentos del nervio ciático, y en el tejido celular adyacente. «Parécenos, dice Gendrin (loc. cit., p. 148), que este grado de la inflamacion no sucede á la inflamacion violenta del nervio, porque en este caso está tan infiltrado el tejido del órgano, que casi es homogéneo, y seria difícil, que sufriendo una infiltracion purulenta quedasen íntegros los filamentos nerviosos. Creemos, pues, que tal infiltracion se verifica cuando la flegmasía es moderada y no ha pasado del neurilema, y nos confirma en esta opinion la circunstancia de que en los casos de supuracion se ha encontrado siempre menos rubicundez é infiltracion sanguinea, que en las inflamaciones agudas violentas que invaden todas las partes integrantes de un cordon nervioso.»

»No se puede producir artificialmente en los animales supuraciones de los nervios; lo único que se consigue es que supure el tejido celular que los rodea, y si se intenta producir una inflamacion mas violenta por medio de un cuerpo estraño, etc., se destruye sí por ulceracion el cordon nervioso, pero no se obtiene la infiltracion purulenta interfibrilar (Gendrin, loc. cit., p. 150).

»Síntomas.—La neuritis produce un *dolor* contínuo, que nace por decirlo así poco á poco, se aumenta por grados, se exaspera por la presion, y sigue el trayecto del nervio (Vidal de Casis; *Tratado de Patologia esterna*). Es una sensacion de desgarradura, de entorpecimiento ó de punzadas; se parece mucho al que produce la compresion de una rama nerviosa, y produce un adormecimiento que á veces se convierte en paralisis. Es mas ó menos violento, y se asemeja al que acompaña á la inflamacion del tejido fibroso; nunca cesa repentinamente, y si presenta paroxismos, no llegan estos á su máximum de pronto, sino por grados. Sin embargo, no siempre son tan marcados los caractéres del dolor neurítico: en ocasiones es sordo y con punzadas intermitentes, muy análogas á los que acompañan á las neuralgias.

»Siempre estan modificadas las funciones de la parte donde se distribuye el nervio inflamado. Durante el período de irritacion se observa una exageracion de la movilidad, convulsiones clónicas parciales, y el doctor Frere ha referido un caso de tétanos determinado por una inflamacion del nervio músculo-cutáneo (*Revue médicale*, n.º de mayo, 1839). A estos fenómenos morbosos sucede muy luego una disminucion de la motilidad y de la sensibilidad, que puede convertirse en paralisis completa.

»Cuando ha aumentado el nervio de volumen, se marca esteriormente bajo la forma de un cordon rojo, mas ó menos voluminoso, cuya direccion conocida puede seguirse fácilmente con el dedo, ó con la vista (Martinet, loc. cit., obs. 1, 2, 3).

»Acompaña constantemente á la neuritis una fiebre mas ó menos viva.

»Curso, duracion y terminacion.—El curso de la neuritis es regularmente progresivo; su duracion varia de algunos dias á muchos meses. En todos los casos en que se ha verificado la muerte, ha sido por alguna complicacion (Martinet, loc. cit.).

»Diagnóstico.—Háse tratado de distinguir la neuritis de la neuralgia, por los caractéres del dolor (Martinet, loc. cit.); «pero, dice Andral (*Precis d'anat. pathol.*, t. II, p. 856; París, 1829), me parece que si se confiase demasiado en estos caractéres distintivos, seria fácil equivocarse tomando una neuritis por una neuralgia y *vice versa*.» Por el contrario, la presencia de un cordon rojo que se marca por debajo de la piel, la fiebre, las convulsiones y la paralisis consecutiva, son signos que no permiten admitir la existencia de una neuralgia.

»Causas.—Las de la neuritis son poco conocidas, y á veces inapreciables. En algun caso ha parecido desarrollarse la enfermedad por la impresion del frio, de la humedad y demas causas que determinan las flegmasías reumáticas (*neuritis idiopática*); en otros la han ocasionado los golpes, las caidas, las contusiones, las picaduras, la flebotomía, etc., (*neuritis traumática*): en el referido por el doctor Frere se inflamó el nervio músculo-cutáneo á consecuencia de la aplicacion de un cauterio.

»Tratamiento.—Hállase reducido á la medicacion antiflogística. Mientras persiste el dolor deben usarse con perseverancia los baños locales y generales, los tópicos emolientes, las emisiones sanguíneas generales, y especialmente las locales. Cuando se hace el dolor menos agudo, y parece que la inflamacion quiere pasar al estado crónico, conviene recurrir á los

derivativos, y sobre todo, como dice Ollivier (d'Angers), á los vejigatorios aplicados sobre el trayecto del nervio afecto, y sostenidos mucho tiempo» MON. y FL., *Compendium*, t. VI, página 206 y sig.).

GÉNERO QUINTO.

LESIONES DE LA INERVACION ORGANICA.

CAPITULO I.

Lesiones por falta de inervacion.

ARTÍCULO I.

De la astenia.

»La palabra astenia se deriva de *α* privativo y de *σθένος* fuerza: debilidad, llaqueza, disminucion de fuerzas. Se entiende hoy por esta palabra la disminucion de la accion orgánica de uno ó muchos tejidos, que escede los límites compatibles con el libre ejercicio de sus funciones.

»HISTORIA: OPINIONES SOBRE LA ASTENIA.—No ha tenido siempre la palabra *astenia* la misma significacion. Hipócrates, segun Littre, indica por *astenia* «un estado de la economía en que el individuo no está todavía enfermo, pero se halla muy próximo á estarlo, y en el cual es muy susceptible de ser afectado por las causas morbíficas: *Εγγύτατα του ασθένεοντος εστιν ό ασθενής*, el asténico está en la condicion mas cercana á la enfermedad» (ASTENIA, *Dict. de méd.*) Littre observa con razon, que la palabra *astenia* entendida de este modo se acerca mucho á lo que Brown llama *oportunidad* ó diatesis, que es el estado intermedio entre la salud y la enfermedad (*Elements de méd.*, trad. por Fouquier, p. 43).

»La teoria de Themison de Laodicea, gefe de los metodistas, encierra, segun algunos autores, las principales proposiciones de la doctrina de Brown; siendo este autor, segun ellos, el verdadero fundador del estenismo. El strictum y el laxum eran dos modos de ser del organismo, que correspondian al esceso de fuerza y á la debilidad de las escuelas modernas; si nos limitamos, dice Moscati, á considerar los fundamentos generales del sistema de Brown, se encuentra realmente mucha semejanza con la antigua doctrina de Themison y de los metodistas. El strictum y laxum en los sólidos, de que Themison hacia derivar casi todas las enfermedades, corresponden bastante bien al estado de estenia y astenia de estos mismos sólidos (*Preface* de Moscati, en *Elements de méd. de Brown*, trad. por Fouquier, p. 11). Broussais pretende que no es este el manantial del sistema de Brown, y que Themison no calculaba la suma de fuerzas vitales; que sus ideas groseras y superficiales nunca llegaron hasta la abstraccion de los vitalistas modernos, y que no veia mas que los poros y las aberturas que presenta el cuerpo esteriormente (*Examen des doctrines*, t. I, pág. 112). Se ha querido encontrar tambien el orígen de esta célebre teoria en el *duccmbirat y el arqueo* de Van Helmont; en la irritabilidad de Haller, que recuerda el strictum y el laxum de Themison; en los escritos de F. Hoffmann, que hacia consistir la vida en el movimiento, y las enfermedades en los vicios de este movimiento, susceptible de ser demasiado fuerte ó demasiado débil, constituyendo en el primer caso el *espasmo* (diatesis esténica) y en el segundo la *atonia* (diatesis asténica). Sea lo que quiera de esta cuestion de doctrinas, que no nos toca discutir aqui, lo cierto es que solo en el sistema del médico escocés tiene la palabra astenia un sentido preciso. Vamos, pues, á decir en algunas palabras las bases sobre que estriba.

»El cuerpo del hombre es susceptible de afectarse por todo cuanto le rodea; de este modo se desempeñan sus funciones, y cesa la vida infaliblemente desde el momento en que dejan de hacerse sentir dichas influencias. Se da el nombre de *potencias escitantes* á todas las cosas que son capaces de afectar el cuerpo viviente, tales como el calor, los alimentos, la sangre, los humores y el aire. La escitabilidad es la propiedad por la cual obran estas potencias escitantes, y la escitacion es el efecto de la impresion de las potencias escitantes sobre la escitabilidad. Para que los estimulantes puedan sostener la salud y la vida, es preciso que haya una proporcion conveniente entre la escitabilidad y las potencias escitantes. «La escitacion es siempre proporcional á la fuerza del estímulo; si es moderada da por resultado la salud; si es demasiado fuerte, produce las enfermedades que dependen de un esceso de vida, y si sucede lo contrario, causa los males que consisten en la debilidad. Como la escitacion es la causa de las enfermedades lo mismo que lo es de la salud, se podrá cambiar el estado morboso en sano, disminuyendo la escitacion en las afecciones por esceso de estímulo, y aumentándole en las enfermedades por debilidad: estas dos intenciones se llaman *indicaciones curativas*» (*Elements de médecine*, p. 10). De aqui ha venido el célebre axioma *Medicina est additio et substractio*. Cuanto mas débil es el estímulo, tanto mas se aumenta la escitabilidad, pues que esta no se gasta; y al contrario, cuanto mayor es la fuerza con que obra el estímulo, tanto mas se agota la escitabilidad. Estas dos proposiciones fundamentales de Brown han servido para crear dos especies de astenia, una llamada *debilidad* ó *astenia indirecta* que resulta de la estincion de la escitabilidad por el estímulo, la cual proviene siempre de un esceso de este (op. cit., p. 16); y otra denominada *debilidad* ó *astenia directa*, que procede de la privacion ó la disminucion de los estimulantes; la cual produce una acumulacion de escitabilidad, puesto que no se pone

en accion esta propiedad de los tejidos. Cuando falta un estímulo y deja acumularse á proporcion la escitabilidad, puede generalmente ser compensado por cualquiera otro. La privacion de un estímulo produce tanto mas pronto la debilidad directa, cuanto mayor sea el abuso de los estimulantes; y en fin, cuando estos se aumentan con esceso, dan lugar á las enfermedades esténicas. De aqui viene esa division que se hace de las enfermedades en esténicas y asténicas, caracterizadas las primeras por la riqueza y violenta escitacion del sistema sanguíneo, y las segundas por la disminucion de la suma general de fuerzas.

»La astenia, dice Brown, es aquel estado del cuerpo viviente, en que todas las funciones estan mas ó menos debilitadas, y muchas veces alteradas, hallándose casi siempre alguna de ellas mas afectada que las demas (ob. cit., IV part., p. 357). Entre las enfermedades asténicas coloca este autor el enflaquecimiento, la demencia asténica, la erupcion psórica, la raquitis, la epistaxis, las hemorroides, la disenteria, la hipocondria, la hidropesia, la epilepsia, la paralisis, la apoplegia, etc. Esta enumeracion de algunas de las enfermedades que considera Brown como asténicas, demuestra que este médico se guiaba sobre todo por el estado de debilidad aparente de los aparatos de la locomocion y de la inervacion, para declarar que una enfermedad era asténica. Observa sin embargo en la definicion que da de este estado, que puede una funcion estar mas alterada que las demas: el enflaquecimiento, dice, por ejemplo, «es una astenia poco evidente en la generalidad de las funciones, pero que se manifiesta por la debilidad de las que corresponden á la digestion, y de cuyas resultas no se puede engordar aunque se tome bastante alimento (*ob. cit.*, p. 360).» Lo mismo sucede tambien en la hidropesia, la cual es una astenia, que en el mayor número de casos ataca en su principio á una parte mas especialmente que á otra. Estas citas que podriamos multiplicar, prueban que aunque daba Brown el nombre de *astenia* á la forma de las enfermedades que se hallan particularmente caracterizadas por una debilidad general, se veia precisado á reconocer, que esta lesion tenia su punto de partida en el padecimiento de algunos órganos ó aparatos. Entendida de este modo la astenia, tendria un sentido mas verosimil, puesto que espresaria el estado de debilidad *aparente* que sigue á la afeccion de un órgano. Pero Brown no poseia una idea tan exacta de la astenia, pues creia, como ha notado Broussais, que la escitacion se halla aumentada ó disminuida en todos los tejidos á la vez, y que las enfermedades que en tal estado se declaran deben participar de la forma de incitacion que existe, y ser por lo tanto esténicas ó asténicas (*Exam. des doctr.*, t. II, página 349, 3.ª ed.). Tampoco concebia aquel autor, que pudiera existir sobreescitacion en el sistema sanguíneo (enfermedad esténica) al mismo tiempo que el sistema muscular estuviese afectado de astenia; y en una palabra, no llegó á comprender las siguientes verdades que Bichat y Broussais han espuesto con toda claridad, á saber: que no poseen á la vez todos los tejidos un mismo grado de escitacion; que pueden unos funcionar con mas energia, mientras que esten otros debilitados; que continuamente se está viendo á un estímulo enérgico producir la debilidad, y que en este caso es precisamente cuando las fuerzas generales se hallan mas abatidas: examinando entonces el estado del sistema muscular, se tendria una idea muy falsa de las fuerzas del enfermo. No insistiremos mas en estas proposiciones que deben ventilarse en el discurso de este artículo.

»Las ideas médicas de Brown aparecen mas ó menos disimuladas con otros nombres, como el principio vital de Barthez, el contra-estimulismo de los italianos y las propiedades vitales de Bichat. Broussais fué sobre todos el que asignó á las palabras estenia y astenia su verdadera significacion, determinando su valor con el criterio y buen juicio que le caracterizaban.

»Definicion.—Antes de trazar las divisiones que nos proponemos adoptar en este artículo, es necesario que nos detengamos en el sentido que se ha dado á la palabra astenia. Littre dice, «que no siempre debe llamarse asténico el estado en que se encuentren una ó muchas funciones atacadas de una debilidad mas ó menos profunda; pues ni la que sucede á la anemia, á las hemorragias abundantes, y á las secreciones escesivas, ni la que acompaña al tifus, al escorbuto, y á la púrpura, merecen semejante denominacion, porque son consecutivas á alteraciones materiales de los sólidos ó de los líquidos. Esto seria confundir el efecto con la causa, el síntoma con la lesion; y es preciso limitar rigurosamente la significacion de la palabra astenia, reservándola para espresar la disminucion de las acciones orgánicas sin lesion apreciable, anterior ó coexistente, de los sólidos ó de los líquidos (art. cit., *Dict. de méd.*). La astenia, segun esta definicion, debe considerarse como un estado morboso, que constituye por sí solo toda la enfermedad. Dicen algunos autores, «que la astenia, contenida en ciertos límites, es como la irritacion, compatible con la salud; pero que cuando pasa mas allá de estos límites, los cuales no se pueden determinar con exactitud, perturba la funcion de la parte que ocupa y se hace patológica» (*Nouv. elem. de pathol.*, por Roche y Sanson, t. II, p. 466). Entendida de este modo la palabra astenia, tiene las mayores conexiones con lo que Hipócrates llamaba astenia y Brown oportunidad. Puede admitirse, que como demuestra la fisiologia, cuando es menor la cantidad de fluidos que se distribuyen por los tejidos de la economía, ó bien cuando se disminuye la irritabilidad de estos tejidos, no pue-

den ya las funciones desempeñarse regularmente, ni con la misma intensidad que en el estado normal. Pero no es posible reconocer esta astenia á no ser que se manifiesten síntomas patológicos, y nos revelen la modificacion que ha sobrevenido en la circulacion capilar y en la nutricion de los órganos. Aunque hay un momento en que la irritacion fisiológica pasa por una especie de medio á convertirse en abirritacion ó astenia, este tránsito apenas es apreciable. Asi es que cuando hablan los autores de la astenia, describen enfermedades que se hallan ya bien caracterizadas, tales como la clorosis, la amenorrea, el síncope, la atrofia, etc.; en cuyos casos es imposible negar que la astenia es incompatible con la salud.

»DIVISION.—Es preciso distinguir tres circunstancias importantes en las debilidades: 1.° la astenia es general, en cuyo caso todos los tejidos y órganos de la economía estan afectados de una debilidad, que depende de la disminucion de los fenómenos vitales de que antes gozaban: esta astenia general puede ser primitiva ó consecutiva, es decir, manifestarse desde luego como enfermedad sin lesion alguna antecedente, ó bien suceder á una afeccion mas ó menos circunscrita, cuyo resultado es determinar la debilidad general en todos los sólidos; 2.° puede no atacar mas que á un aparato ó á una parte limitada del cuerpo, y entonces se llama parcial; la cual tiene su orígen en alguna enfermedad fácil de percibir. Esta astenia parcial y consecutiva forma la gran clase de las debilidades que se manifiestan en todos los órganos de la economía; 3.° en fin, la astenia puede constituir el síntoma mas esencial y mas importante de las enfermedades. Pinel fué el primero que consagró bajo el nombre de adinamia esta debilidad, que aparece durante el curso de las fiebres malignas, y que no debe considerarse sino como la espresion del alto grado de padecimiento de toda la economía. Seria introducir una funesta confusion dar el nombre de astenia á la debilidad sintomática que sucede á las afecciones del bajo vientre; la palabra adinamia es la que debe reservarse para representar el grave estado que acompaña á las gastro-enteritis tifoideas y de otras especies, aunque no es esclusivamente propio de las afecciones del tubo digestivo; pues suele presentarse tambien la adinamia como síntoma de las enfermedades del cerebro, del pulmon y de las reabsorciones purulentas. No trataremos aqui de ningun modo de la astenia sintomática, y nos limitaremos á describir mas particularmente la astenia primitiva y la consecutiva.

A. *Astenia general.*

»Admitiendo con Littre que la astenia sea una disminucion de la accion orgánica sin lesion alguna apreciable, antecedente ó coexistente, de los sólidos ó de los líquidos (art. cit., p. 247), se crea una entidad puramente quimérica, á no probar que existe una astenia primitiva. Conviene, pues, tratar ante todo de resolver la siguiente cuestion, que fue propuesta por la sociedad de medicina de Burdeos. ¿Existe un estado asténico primitivo? En la afirmativa señalar sus caractéres y estudiarlo en los diversos órganos.

»CAUSAS.—Recorriendo las causas de la astenia, la vemos afectar todo el sólido viviente en una multitud de circunstancias, que nos demuestran bastante bien el modo de desarrollo de esta enfermedad general, permitiéndonos decidir si puede ó no presentarse independientemente de otra lesion. La debilidad mas simple y mas exenta de toda complicacion, es ciertamente la que sobreviene por defecto de aire atmosférico, ya por falta de oxígeno, ó ya por la presencia de gases no respirables. En este caso son negativos los elementos necesarios para el sostenimiento de la vida, y puede decirse que la astenia es primitiva, en el sentido de que no resulta de la alteracion de un órgano; y sin embargo, aun podria pretenderse que la abolicion de la funcion respiratoria ha ocasionado de repente una modificacion en las propiedades químicas de la sangre; desórden material que esplica suficientemente la astenia; en cuyo caso no es en rigor primitiva ni esencial, puesto que depende de una alteracion apreciable. Las demas causas nos presentan tambien el mismo modo de accion: las mucosidades bronquiales y traqueales, la compresion del pulmon por una cantidad considerable de serosidad derramada en las pleuras, son causas de anhematosis que deben producir una debilidad general (Piorry, *De l'anhematosie* (asfixia), *Traité de méd. prat.*, 5 ent., setiembre, 1835, p. 3). La compresion del cordon umbilical durante el parto puede tambien impedir la circulacion de la sangre, y ocasionar en el feto una debilidad mortal.

»La sustraccion del calórico, cuya accion estimulante es necesaria á todos los tejidos, puede acarrear un estado asténico muy pronunciado. La impresion del frio en los hombres robustos va al principio seguida de una reaccion muy viva, que aumenta la vitalidad de todos los órganos; pero si se prolonga demasiado ó es muy intensa, causa una debilidad mortal. Se han observado muchos ejemplos de esta debilidad en la campaña de Rusia; los soldados que sucumbian á esta astenia no presentaban muchas veces lesion alguna apreciable; algunos estaban afectados de flegmasias viscerales mas ó menos graves; pero la debilidad era de ordinario un fenómeno primitivo.

»El aire frio y húmedo es una causa muy frecuente de debilidad, sobre todo en la época de la vida en que necesitan los órganos para desempeñar sus funciones hallarse rodeados sin cesar de todos los modificadores que imprimen á los tejidos esa irritacion normal, antes ó despues de la cual sobrevienen enfermedades. El

aire que respiran los niños, no solamente debe ser puro, sino que tambien ha de contener poca humedad y estar bañado por el fluido lumínico: si la atmósfera que rodea la superficie de su cuerpo no presenta todas estas condiciones, su constitucion se debilita de una manera lenta; y esta circunstancia es en las grandes poblaciones una causa de deterioro, harto mas poderosa que todas las enfermedades y vicios que atacan á la humanidad. Esta es una astenia primitiva, cuya existencia no puede negarse, y que prepara en los niños una modificacion de los sólidos y de los líquidos, que da un caracter particular á las afecciones que padecen.

»La ausencia de la luz solar debe considerarse como una causa de la debilitacion de los fenómenos vitales. Edwards, en los ingeniosos esperimentos que ha hecho con el fin de conocer cual es el modo de accion de la luz, ha visto que sumergiendo renacuajos en el fondo del agua, y no dejándoles recibir la influencia de los rayos solares, continuaban estos animales aumentando de volumen; su nutricion parecia efectuarse especialmente á espensas de los fluidos linfáticos; pero no esperimentaban la metamórfosis que debia hacerlos pasar del estado de renacuajo al de rana. Estos esperimentos nos demuestran, que los tejidos, aun careciendo de luz, pueden recibir todavia una cantidad considerable de fluidos para su nutricion, pero que esta no se verifica ni regulariza como en el estado normal. ¿No se deberán á la astenia que debilita ciertos tejidos, las desviaciones, las gibosidades, y las deformidades de toda especie, que se observan en los niños que viven en parages bajos y húmedos, privados de luz solar y en medio de todas las circunstancias debilitantes? Permitido es suponerlo; pero no se puede todavia asentar esta proposicion, sino como una simple congetura.

»Los alimentos poco nutritivos ó mal sanos suministran á todos los órganos materiales pobres é incapaces de estimularlos en un grado conveniente, dando lugar á una depresion de fuerzas cada vez mas graduada. Lo mismo puede decirse de las afecciones morales vivas, tales como los pesares, la alegria, y las pasiones, que pueden agotar directamente las fuerzas nerviosas, sin necesidad de que intervengan en tales astenias congestiones ó derrames de diferente naturaleza. Sucede tambien la astenia á todas las sustracciones ó pérdidas de sangre, independientes de enfermedades de naturaleza irritante, cuando le falta al cerebro súbitamente la sangre. Los grandes esfuerzos musculares, las fatigas escesivas y las marchas prolongadas, pueden tambien aniquilar la fuerza nerviosa.

»Todas las debilidades que acabamos de estudiar, son independientes de la irritacion, y no siempre es visible la lesion que las produce. Hay tambien otras que son efecto de las flegmasías, de las neurosis, de las hemorragias, etc.; pero sin detenernos ahora en ellas, pasemos á examinar las astenias generales y primitivas. Si se diese el nombre de astenia á una disminucion de la accion orgánica, sin lesion alguna apreciable, antecedente ó coexistente de los sólidos ó de los líquidos, como quiere Littre, nunca existiria tal estado, y seria preciso borrar este nombre de las obras de patologia, porque nada espresaria. En efecto, acabamos de ver por el estudio de las causas, que si se manifiesta la debilidad general sin hallarse interesado ningun órgano; sin embargo, los aparatos no funcionan ya como en el estado normal; y la perturbacion de las funciones anuncia siempre una alteracion prévia de los sólidos ó de los líquidos. No quedará la menor duda sobre este punto, si nos detenemos á examinar el modo de desarrollo de la astenia general. En efecto, la sustraccion mas ó menos completa, del oxígeno y de la luz el aire húmedo y frio, la oscuridad, la mala alimentacion y todas las causas que acarrean una debilidad general, modifican siempre á la larga ó rapidamente los sólidos ó los líquidos. Es ordinariamente bastante fácil comprobar el punto de partida de la debilidad: ora depende de haberse alterado la sangre á causa de una hematosis imperfecta; ora de que no recibe del tubo digestivo materiales propios para la nutricion. De todos modos, la falta de estímulo y la sustraccion de los escitantes naturales, son las causas directas de la debilidad. Pues bien, es imposible que varien en su fuerza los modificadores que obran sobre la economía, sin que se manifieste una modificacion correspondiente en los tejidos. Esta verdad fisiológica se halla hoy sólidamente establecida. No puede admitirse por lo tanto, que la astenia sea independiente de una alteracion orgánica, ni que pueda ser primitiva. La astenia mas general, que se estiende á todos los tejidos del cuerpo, lo que no es raro, es siempre consecutiva desde el instante en que el agente modificador no obra escitando en los órganos la forma de irritacion que constituye la salud. De aquí resulta primero un simple trastorno funcional, *limitado* al aparato ó al tejido que estan privados de la influencia de los estimulantes; y al cabo de un tiempo mas ó menos largo, segun la importancia del órgano, como estan mal elaborados los líquidos que deben servir para la nutricion, no determinan ya en los tejidos sino una escitacion muy débil: entonces es solamente cuando los órganos demuestran su padecimiento, y cuando comienza á alterarse su testura; pero hacia ya mucho tiempo que no funcionaban de una manera fisiológica. Nos vemos, pues, precisados á reconocer, que la astenia es siempre consecutiva á una alteracion funcional, seguida bien pronto de un desórden material apreciable.

»Ademas de las causas que dirigen su accion sobre los aparatos de la respiracion y de la digestion, hay otras que obran por medio de

los líquidos sobre el sistema nervioso: el opio, el ácido hidrociánico y la digital, producen una sedacion directa en todos los tejidos, y apagan su irritabilidad: el mismo efecto determinan los contra-estimulantes de los médicos italianos. Brown decia que en este caso habia debilidad directa, porque provenia de la disminucion ó privacion de los estimulantes, y de la acumulacion de la escitabilidad. Hoy sabemos que esta debilidad depende de que no se halla bastante escitada la irritabilidad del órgano sobre el cual ha obrado el modificador, y por consiguiente disminuye ó cesa la funcion.

»Las debilidades generales que acabamos de examinar, no son debidas de ningun modo á una enfermedad anterior, y en este sentido solamente es como pueden llamarse primitivas. Otras debilidades hay, mas numerosas que las primeras, que reconocen por causa la irritacion, y que por lo tanto son consecutivas. En este caso se hallan las que provienen de las inflamaciones agudas ó crónicas del tubo digestivo, la gastritis, la gastro-enteritis y la colitis, que impidiendo la digestion, privan á la sangre de los materiales necesarios para la nutricion. Otras veces es una angina, una flegmasia de la laringe ó de la tráquea, una neumonia, una flegmasia ó un tumor situado en el trayecto de las vias aéreas, la circunstancia que dificulta la oxigenacion de la sangre y la hematosis. Muchas veces no puede atribuirse á enfermedades del pulmon ó de los intestinos la causa de la astenia consecutiva general; sino que es preciso buscarla en el corazon, que hallándose espasmodizado por una neurosis, por un síncope, por la cólera, inflamado en sus orificios, comprimido por el producto de una pericarditis, ó bien retenido por adherencias, no envia ya al cerebro una estimulacion suficiente (Broussais, *Cours de pathol. et de ther. gén.*, t. V, p. 416). Puede observarse tambien la astenia general despues de la congestion y los derrames sanguíneos ó serosos que se forman en el cerebro, y que suspenden ó debilitan la circulacion nerviosa.

»La escitacion cerebral, la actividad muy considerable de la inervacion, la enervacion muscular é intelectual son tambien causas de debilidades generales. Las personas que se dejan llevar de violentos ímpetus coléricos caen en una estenuacion, y á veces en una astenia demasiado alarmante, si no se llegara á conocer su causa. Las meditaciones abstractas concentran en las fibras nerviosas y en los capilares sanguíneos del cerebro todos los movimientos orgánicos, que deberian difundirse por los demas órganos: en este caso vive el cerebro á espensas de las demas vísceras; y asi vemos en ocasiones á las personas estudiosas olvidar sus primeras necesidades entregándose á la meditacion. Muchas veces es tal la escitacion cerebral, que las demas partes del cuerpo se hallan sumergidas en un estado de inercia y como de inmovilidad y de éxtasis. Las pasiones tristes se llaman deprimentes y sedantes, porque cuando dominan, la inervacion que tan considerable se hace en el cerebro, disminuye en los demas órganos, cuyas funciones languidecen y se apagan: el modo de accion de estas causas es fácil de comprender.

»Algunas veces proviene la astenia general de una secrecion irritativa, que evacua una cantidad demasiado considerable de fluidos: se la observa en las personas estenuadas por las supuraciones escesivas, por la secrecion demasiado abundante de moco, de saliva, por hemorragias y por los escesos venéreos; en cuyo último caso hay, ademas de la pérdida del licor espermático, una falta del fluido nervioso: de este modo es como sobreviene la anafrodisia prolongada que sucede al abuso de la venus.

»Las causas de la astenia pueden referirse como acaba de verse: 1.º á la sustraccion ó disminucion de accion de los escitantes naturales, y 2.º á la irritacion: en este último caso, la astenia es un efecto sintomático de la enfermedad de algun órgano importante, y por lo tanto consecutiva á una alteracion de los sólidos ó de los líquidos.

»La cuestion de saber si existe una astenia primitiva ha ocupado mucho al mundo médico. Braschet en una memoria que ha publicado sobre este punto, establece por numerosas observaciones y por esperimentos hechos en animales, que la astenia debe considerarse como un fenómeno, un síntoma, y que no puede ser otra cosa. «No se la puede tener por un estado primitivo, dice este autor, puesto que resulta constantemente de una afeccion de cualquiera de los dos sistemas nerviosos ó de ambos á la vez, de alguna otra lesion orgánica, ó de un vicio de los humores tanto en su cantidad como en su calidad» (*Mem. sur l'asthénie*, por Brachet, 1829, p. 203). Las primeras observaciones que han servido á Brachet para resolver este problema, el mas difícil y al mismo tiempo el mas capital de toda la medicina, tienen por objeto las enfermedades del cerebro, tales como la apoplegia, la congestion y el hidrocéfalo. De ellas ha concluido, que todas las causas patológicas ó mecánicas que obren sobre el encéfalo de modo que suspendan ó debiliten sus funciones, producen la astenia ó la abolicion de las funciones de relacion (loc. cit., página 27). La astenia puede limitarse á las funciones que estan subordinadas al cerebro, sin que las orgánicas ó ganglionarias esperimenten ninguna alteracion: en este caso la circulacion continúa lo mismo que antes, y la digestion, la nutricion y las secreciones, se ejecutan con la misma energia (loc. cit., p. 28).

»Segun el médico de Lyon, los diferentes aparatos que constituyen el cuerpo deben su vida á la influencia de los sistemas nerviosos cerebral y gangliónico, y la sangre mantiene la composicion de las partes: estos son los tres manantiales de la salud y de la enfermedad, y de ellos deben provenir todas las causas de la

astenia. Ya hemos visto que Brachet coloca en las afecciones del cerebro la causa de la astenia, la cual puede tambien encontrarse en un órgano distante, cuya reaccion se convierte en causa de la astenia, como sucede en los dolores, en las inflamaciones y en ciertas degeneraciones orgánicas. Ultimamente, puede consistir la causa en una alteracion de la sangre, por disminucion de su cantidad, por un defecto de la hematosis, ó por la introduccion de principios mas ó menos deletéreos.

»El sistema nervioso gangliónico puede tambien afectarse de astenia como el cerebro: la causa de esta debilidad es directa, simpática ó humoral, segun que resida en el mismo sistema gangliónico, en un órgano diferente, en la sangre ó en los humores. Los hechos que Brachet ha citado en apoyo de la astenia del sistema nervioso gangliónico son poco concluyentes. Este médico tiene una predileccion demasiado esclusiva por el trisplánico, y en verdad no puede negarse que este nervio se halla, como todos los demas, espuesto á padecer la astenia; pero es necesario esperar á que observaciones mas precisas nos hayan enseñado á conocer los síntomas que la pertenecen.

»La astenia puede hacerse sentir en todos los órganos á la vez, en cuyo caso es general, y los dos sistemas nerviosos estan igualmente afectados. «Como todos los órganos reciben nervios cerebrales y gangliónicos, y todas las funciones se ejecutan por su ministerio y bajo su influencia, la astenia comienza siempre por estos sistemas» (loc. cit., p. 202). Es difícil comprender lo que Brachet quiere decir cuando pretende que la astenia empieza siempre por uno ú otro sistema nervioso. ¿Creerá tal vez que la astenia puede ser primitiva en los aparatos de inervacion? Tal proposicion seria contraria á las conclusiones sacadas al final de su memoria, donde el autor declara que no existe el estado asténico, y que no debe considerarse sino *como un fenómeno ó síntoma, y nada mas* (loc. cit., pág. 203). ¿Cuál podria ser pues esa astenia, *esa afeccion primera de uno de los sistemas nerviosos ó de ambos á la vez?* Si se admitiera que la debilidad puede atacar la fibra nerviosa, sin haber precedido una modificacion en la economía, podria reconocerse la existencia de una astenia primitiva; pero nosotros no creemos que sucedan las cosas de este modo. En algunas circunstancias, que no son muy raras, se manifiesta una profunda debilidad, sin que llegue á descubrirse en todos los casos el órgano que padece. En las fiebres graves se encuentra la astenia muy pronunciada, antes que aparezca síntoma alguno que nos indique el tejido ó aparato donde tiene su asiento la lesion. Si se somete un hombre por algun tiempo á la influencia de un foco activo de infeccion, respirando por ejemplo el aire de una cárcel ó de un hospital en que se hallen acumuladas muchas personas sanas ó enfermas, sentirá bien pronto los funestos efectos de esta influencia perniciosa, y caerá en una debilidad alarmante, aun antes que se declaren los síntomas de la enfermedad que ha contraido; y muchas veces la debilidad general será el único accidente que esperimente. Podrá decirse en este caso que hay una astenia primitiva? Cierto es que el sistema nervioso ha recibido la accion del principio deletéreo, que cualquiera que sea su esencia, ha penetrado primero por las vias de la absorcion cutánea, pulmonal ó digestiva, pasando luego á la sangre, que una vez infectada, no imprime ya al cerebro y á sus dependencias la escitacion necesaria para mantener la salud, modificando asi de un modo poco favorable la economía entera. Pero no es una astenia primitiva la que se desarrolla en las personas que han vivido en medio de una atmósfera infectada; porque siendo la causa de la debilidad el envenenamiento miasmático de la sangre, es una alteracion humoral evidente la que dá lugar á la aparicion de la astenia. Ya hemos indicado las causas principales que modifican la naturaleza de este líquido: otras veces disminuye la sangre de cantidad, ya por un defecto de la hematosis ó de la elaboracion digestiva, ó ya por razon de una hemorragia ó de depleciones sanguíneas muy repetidas, que sustraen á los tejidos la sangre destinada para su nutricion: la anemia no es otra cosa que una debilidad causada por esta disminucion de la cantidad de los principios constitutivos de la sangre.

»Los autores de los *Nuevos elementos de patologia* (t. II, p. 470), parecen hallarse dispuestos á admitir una astenia primitiva. «Es bastante comun el enflaquecimiento sin foco de irritacion que lo produzca; constituye el estado habitual de gran número de individuos, y se le observa con tal estremo en algunos sugetos, que sin poderse considerar como una verdadera enfermedad, da lugar á una salud poco robusta. Los individuos en quienes se observa son escesivamente sensibles al frio, y sufren por el contrario muy bien los mas fuertes calores; en lo cual se diferencian de los de temperamento nervioso, con los que tienen por otra parte muchos puntos de contacto, etc. Tambien se observan algunas personas, cuya sensibilidad es de las mas obtusas, sin que se hallen alterados su cerebro y su médula espinal. En estos individuos son lentos los movimientos, la inteligencia torpe, el carácter apático, poco manifiestos en general los fenómenos inflamatorios, se ponen difícilmente en juego las simpatías, y suelen destruirse sordamente los órganos, sin provocar fenómenos morbosos proporcionados al grado de su desorganizacion. Ultimamente, hay individuos en quienes naturalmente y sin lesion de ningun órgano, se observa un estado habitual de anemia: estos son pálidos, sus carnes estan flojas, se infiltran fácilmente, sus venas subcutáneas apenas se perciben y son muy pequeñas, etc. Estos tres estados asténicos pueden ponerse en

contraposicion de la obesidad, de la exaltacion nerviosa y de la plétora sanguínea» (*Nouv. elem. de pathol.*, por Roche y Sanson, p. 470). No creemos nosotros que puedan encontrarse en estas tres disposiciones individuales ejemplos de la astenia general primitiva. Es raro que el enflaquecimiento y la palidez de todos los tejidos no dependan de alguna desorganizacion crónica latente, que la autopsia revela con el tiempo.

»La astenia llamada primitiva podria depender de una debilidad funcional de todo el sistema nervioso; la inervacion menos activa esplicaria entonces la disminucion de los movimientos intersticiales del tejido, y la debilidad general. Mas, aun suponiendo que exista realmente tal astenia, preciso es confesar que casi siempre es producida por el ejercicio demasiado prolongado de un órgano. Asi es que el colapso que sucede á los trabajos escesivos de espíritu, la anafrodisia que sigue á los escesos venéreos, y la inercia muscular que se manifiesta despues de marchas largas, tienen su orígen en una sobreescitacion del sistema nervioso. «Nos inclinamos á creer, dice Roche, que la astenia de todos los tejidos reconoce por causa una disminucion parcial del influjo nervioso, y que los estimulantes no obran sino escitando el aflujo de este fluido. Ultimamente, viene tambien en apoyo de estas ideas la circunstancia de que el aparato productor de este fluido recobra especialmente su energía por medio del reposo; mientras que los tejidos en que suponemos disminuida la cantidad del mismo fluido, no recobran el tono que han perdido sino por los escitantes, lo cual ofrece la mas perfecta analogía con los principales fenómenos eléctricos. Parece en efecto, que asi sucede en el mayor número de casos, y si en algunas circunstancias no parece tan probable semejante teoría, débese notar que es precisamente en las enfermedades cuya naturaleza asténica no está bien demostrada, tales como la anemia.»

»SÍNTOMAS Y CARACTERES DE LA ASTENIA.— Para que los órganos y los tejidos elementales que entran en su composicion, desempeñen sus funciones de una manera conveniente, es preciso, que la accion orgánica que resulta de la impresion de los modificadores sobre la fibra viviente, no pase de ciertos límites; ó en otros términos, es necesario que el estímulo no se eleve hasta el punto de la irritacion, ó sea menor que el que existe en el estado normal; en cuyo último caso resulta la ab-irritacion ó debilidad. Los fenómenos generales que caracterizan la astenia, son: la palidez y disminucion de temperatura de los tejidos debilitados, la disminucion de la masa de la sangre, de la contractilidad orgánica, de la contraccion muscular y de la sensibilidad. Parece que afluye menos sangre y menor cantidad de fluido nervioso á los aparatos afectados de astenia. Todos los movimientos moleculares, intersticiales y microscópicos, á los que se ha dado el nombre de *química viviente*, se amortiguan, lo cual se halla justificado por la poca intensidad de los fenómenos de absorcion, de exhalacion y de secrecion. Bien pronto se altera la nutricion, y se ven aparecer las astenias nutritivas ó atrofias, que se limitan á uno ó muchos órganos, ó bien son generales como el enflaquecimiento.

»Los caractéres que acabamos de establecer constituyen los síntomas de la astenia, y han servido de base para una division de las diversas especies de esta. Roche distingue: 1.° una *astenia sanguínea*, en la que se halla disminuida la cantidad de sangre, y cuyo estado es el opuesto á la inflamacion y á la hemorragia; 2.° una *astenia nerviosa*, que es el estado opuesto á las neurosis; 3.° una *astenia nutritiva* ó *atrofia*, que es un fenómeno morboso contrario á la irritacion nutritiva ó hipertrofia; y 4.° en fin, la *astenia secretoria*, en la cual se ha agotado ó disminuido la fuente de los líquidos segregados. Boisseau divide las enfermedades de esta especie en *astenias de nutricion* y *astenias de funcion*. Este modo de considerarlas nos conduce á tratar de las astenias locales.

B. *Astenia local.*

»En vez de ser la astenia general, como la que acabamos de dar á conocer puede únicamente invadir un aparato ó un orden de funciones; el sistema nervioso ó el sanguíneo, por ejemplo, como ya dejamos dicho. Brachet, en la memoria que hemos citado mas arriba, quiere que la astenia local empiece siempre por los sistemas nervioso cerebral ó gangliónico. Las mas veces se limita á uno de estos dos sistemas, y entonces se circunscribe al órden de funciones que estan presididas por el sistema afectado. «Si este es el cerebral, la astenia no ataca mas que á las funciones cerebrales, y puede llamarse astenia cerebral: si es el gangliónico, se hallan únicamente debilitadas las funciones que estan bajo su influencia, constituyendo una astenia ganglionar.

»Puede invadir la astenia todas las funciones cerebrales, intelectuales, morales, sensitivas, locomotrices, y constituir una astenia cerebral general; y puede limitarse á un órden de funciones, tales como á las intelectuales en los idiotas, á las locomotrices en los derrames y en las perturbaciones de los sentidos, y constituir asi una astenia cerebral parcial. Esta astenia parcial, ó bien ocupa todo un órden de funciones, como todas las facultades intelectuales, los órganos locomotores, etc., y recibe entonces el nombre de astenia parcial general; ó bien se limita á una ó á un corto número de facultades intelectuales, ó á uno ó muchos músculos, y en este caso toma el nombre de astenia parcial local.

»La astenia ganglionar puede ser general, y debilitar á la vez todas las funciones dependientes del sistema nervioso gangliónico; ó bien limitarse á un órden de funciones como á la nutricion ó á la exhalacion, siendo de este mo-

do parcial, ó finalmente, circunscribirse á un órgano ó á una region mas ó menos estensa, y constituir una astenia ganglionar parcial local.

»Cada una de estas modificaciones de la astenia cerebral ó ganglionar puede combinarse de varios modos, y dar lugar á un número de grados igual al de las diferentes combinaciones que pueden existir» (*Mémoire sur l'astenie*, página 201 á 202).

»*Astenia ganglionar.* — Es muchas veces demasiado difícil seguir á Brachet en todas las subdivisiones que establece; pero la principal de todas, la que debe detenernos un instante, es la distincion de la astenia en cerebral y ganglionar, segun que reside mas especialmente en uno ú otro de estos sistemas. La XVI observacion, referida por Brachet, ofrece segun este autor, un ejemplo de astenia ganglionar. La enfermedad estaba caracterizada por la lentitud y debilidad de todas las funciones, las cuales se ejecutaban libremente, y la debilidad general era independiente de toda especie de alteracion de un órgano, pues las investigaciones mas minuciosas no pudieron dar á conocer ninguna. Hé aquí como sobreviene la astenia general que reconoce por causa la astenia ganglionar: necesitando el cerebro recibir una oleada suficiente de sangre, no tanto para su nutricion, como para mantenerse en el grado de escitacion que le es necesaria, se debilitan notablemente sus funciones, desde que el corazon deja de enviarle la cantidad de sangre que le dirigia en el estado normal. Pues bien, esto es lo que sucede cuando el sistema gangliónico afectado de astenia, no puede ya estimular al corazon, ni escitar sus contracciones con bastante energia; porque privado entonces el encéfalo de una parte de su escitacion, pierde cada vez mas vigor, y cae en un estado de apatía ó de astenia; su influencia sobre la locomocion, la palabra, la respiracion, etc., va disminuyendo proporcionalmente, y de aquí la debilidad de los órganos respectivos. No duda Brachet que «muy á menudo esas languideces y debilidades, que sobrevienen sin causa conocida y sin lesion aparente, proceden de la reaccion del sistema gangliónico, primero sobre los órganos cuyas funciones se hallan bajo su dependencia, y consecutivamente sobre las que estan subordinadas al sistema cerebral» (loc. cit., p. 169).

»Las causas mas comunes de la astenia ganglionar son todas las circunstancias capaces de aniquilar la economia por un trabajo inmoderado ó prolongado, y ademas todas las que hemos dado á conocer al tratar de la astenia general, tales como el habitar en parages húmedos, oscuros, el respirar un aire impuro, la falta de limpieza, la alimentacion insuficiente ó de mala calidad, etc.

»Roche cree, que los órganos de la vida vegetativa no son susceptibles de una paralisis completa, y que su astenia no puede esceder de cierto grado, sin que cese inmediatamente la vida. Para esto se funda en que si el pulmon, el corazon, el estómago ó los riñones estuviesen atacados de paralisis, la muerte seria tan pronta, que no daria lugar para reconocer tal estado. Esta opinion de Roche no afecta de ningun modo la doctrina de Brachet, pues en efecto, puede muy bien suceder que la astenia de los órganos contenidos en las cavidades esplánicas no llegue al grado de paralisis, bastando la debilidad de las acciones orgánicas para producir la alteracion de sus funciones. No se concibe por qué los aparatos de la vida orgánica, que se hallan en una armonia tan estrecha con el sistema cerebro-espinal, y en los cuales son tan frecuentes las congestiones inflamatorias, no habian de poder padecer astenia cuando se presentan disminuidos los fenómenos de la vida. Sin embargo, es preciso confesar que hasta ahora, mas bien se ha sospechado que demostrado la existencia de estas astenias: sus síntomas se escapan completamente á nuestra investigacion, ó mas bien se confunden con otros, que dimanan del padecimiento de los órganos inmediatos. No tratamos ahora mas que de las astenias locales sin lesion alguna apreciable, y no de las debilidades que suceden á la inflamacion, y que son tan comunes despues del período agudo de las enfermedades de las vísceras: la única astenia primitiva seria la que estuviese exenta de toda lesion, y dependiese de un estado particular del sistema gangliónico. Ya nos hemos esplicado respecto de esto al tratar de las debilidades en general, y únicamente añadiremos, que la astenia primitiva del sistema gangliónico nos parece tan difícil de admitir como la astenia primitiva general.

»*Astenia cerebral.*—Todas las causas patológicas que suspenden ó debilitan las funciones del encéfalo, tales como las hemorragias, el reblandecimiento y las simples congestiones sanguíneas, producen la astenia, sin ejercer sobre las funciones ganglionares ninguna influencia directa, á escepcion de aquellas que son en cierto modo mistas, necesitando el concurso de ambos sistemas nerviosos (Brachet, loc. cit., p. 45 y sig.). Las astenias cerebrales, de las que refiere Brachet algunos ejemplos, son idiopáticas, es decir, que el sistema nervioso es á la vez el asiento de la lesion que causa la astenia y de la astenia misma (Brachet). La reaccion del sistema cerebral sobre el gangliónico produce un modo especial de debilidad en la circulacion y en las secreciones, funciones dependientes del sistema nervioso gangliónico. La debilidad de los fenómenos vitales en este caso, como en todos los demas, es solo simpática, y se refiere á la lesion del sistema nervioso cerebro-espinal. Brachet cita un ejemplo de astenia de una de las secciones cerebrales sin lesion de las restantes (obs. XV, loc. cit., p. 152), en el que fue atacado de astenia durante muchos años el sistema muscular únicamente; pero el padecimiento de los nervios cerebrales acabó por rehacerse sobre los gangliónicos, y no tardó en

aparecer la debilidad en las funciones sometidas á la influencia de estos nervios; de modo que aunque limitada al principio al sistema muscular, se estendió despues á todas las funciones orgánicas. Esta solidaridad entre el gran simpático y el eje encéfalo-raquidiano puede muy bien, en los primeros tiempos de las enfermedades, ocultarse á nuestra investigacion, y aun no existir; pero es bastante raro que no se presente al cabo de un tiempo mas ó menos largo.

»La debilidad del sistema nervioso cerebral se conoce por la lentitud ó la dificultad con que se ejecutan las funciones que dependen del encéfalo, tales como la inteligencia, la voluntad, las sensaciones, la palabra, la locomocion, que estan notablemente alteradas: á estas perturbaciones se agregan otras, que anuncian la parte activa que toma bien pronto el sistema gangliónico en el desarrollo de la enfermedad. Altéranse entonces las exhalaciones, la nutricion, las secreciones y la circulacion, que se encuentran bajo la influencia inmediata del gran simpático, y la astenia se hace general, en lugar de limitarse al cerebro, á la médula ó á los nervios que nacen de estos órganos. No nos detendremos mas en lo relativo á la astenia cerebral y gangliónica, porque seria hacer la historia de todas las afecciones viscerales, de que son generalmente sintomáticas.

»*Astenias locales.*—Todos los tejidos pueden ser asiento de una astenia que se limite al órgano ó aparato, en cuya composicion entren como elementos: asi es que se encuentran astenias sanguíneas, nerviosas, nutritivas y secretorias en todas las vísceras, donde han recibido nombres particulares. Las astenias *sanguíneas* han sido descritas por algunos autores bajo el nombre de anemia, de clorosis y de amenorrea; las *nerviosas*, divididas en astenias del sentimiento, del movimiento y de la inteligencia, son la hemaralopia, la amaurosis, la sordera y la anafrodisia, que se refieren á las funciones de la sensibilidad. La afonia, la astenia del estómago, de la vejiga, del recto y del útero se han colocado entre las astenias del movimiento: el colapso cerebral, la demencia y el idiotismo entre las de la inteligencia. Las astenias del movimiento, de la sensibilidad y de la inteligencia, son la congelacion, el síncope y la asfixia. Las astenias nutritivas comprenden la atrofia, que puede atacar á todos los órganos, como los músculos, el tejido celular, el cerebro, el corazon, los testículos, etc.: la agalaxia y la aspermacia son tambien astenias secretorias (*Nouv. elem. de pathol.*, por Roche y Sanson, t. II, p. 466 y sig.). No nos detendremos á examinar cada una de estas astenias en particular, porque su historia estará mejor colocada entre las enfermedades propias de cada órgano ú aparato. Solamente y como por incidencia vamos á trazar los caractéres generales de las astenias parciales, y á dar á conocer sus causas y modo de desarrollo.

»*Causas de las astenias parciales.*—Estos estados morbosos dependen constantemente de una lesion, que ocupa la víscera debilitada ó un órgano mas lejano, pero que está íntimamente relacionado con ella: para formarse una idea clara de tales estados, dice Broussais, es preciso examinarlos primero en los órganos esteriores, donde pueden ser primitivos ó secundarios, y verlos despues en los interiores (*Cours. de pathol.*, t. V, p. 410): nosotros seguiremos este órden.

»La anatomía patológica nos demuestra la desaparicion casi completa de la fibrina de los músculos á consecuencia de dolores reumáticos ó de una quietud prolongada, sustituyéndola un tejido adiposo ó gelatinoso. Cuando los miembros han sido asiento de una supuracion prolongada ó de una irritacion reumática, no es raro verlos atrofiarse: esta astenia nutritiva sobreviene tambien en los casos en que los vasos y los nervios que se distribuyen en una parte, se hallan obliterados ó comprimidos por algun tumor. No es la astenia la primera que se manifiesta en estas diversas circunstancias; la irritacion toma la iniciativa y deja á su vez la debilidad y el defecto de nutricion, esceptuando los casos de obliteracion de los vasos, de contusion ó de conmocion de un nervio principal.

»Las astenias parciales de los fenómenos vitales pueden ser secundarias al esterior, por efecto de flegmasias, de sub-inflamaciones y sus productos en los centros nerviosos, de donde resultan la inmovilidad de los miembros y de los músculos propios de los sentidos; ó por la influencia de otra víscera inflamada ó sub-inflamada que los mantiene inmóviles, para que los respiradores superiores é inferiores encuentren un punto fijo en su inmovidad.» (Broussais).

»Las inflamaciones agudas ó sobre-agudas son causas muy frecuentes de la astenia de las vísceras: cuando se establece una inflamacion crónica en las circunvoluciones cerebrales y altera la sustancia que sirve para el pensamiento, para los instintos y sentimientos, como deja ya de obrar esta sustancia, se atrofia (Broussais); fenómeno que á veces se verifica con bastante lentitud, para que los huesos que constituyen la bóveda del cráneo se depriman y se apliquen sobre la masa nerviosa. Pero sucede tambien en otros casos, que formándose la atrofia con mucha rapidez, no tiene tiempo de verificarse la depresion del tejido huesoso, y el vacio que entonces resulta en la cavidad del cráneo se llena de serosidad. Del mismo modo se establece la astenia en los demas órganos: inflamada una víscera, su vitalidad y su nutricion son al principio mas activas; despues pasa la flegmasía á sub-inflamacion, y entonces se depositan en los tejidos esas sustancias heterogéneas, que se concretan, dificultan la circulacion y la inervacion locales, impiden el movimiento intersticial, y no tardan en producir la atrofia. No de otro modo son remplaza-

dos el parenquima pulmonal ó las granulaciones del hígado por una sustancia adiposa, albuminosa, ó por quistes.

»Hay otra série de causas, mucho menos numerosas, de astenia, que son consecutivas á la enfermedad del órgano que es actualmente asiento de esta debilidad. Cuando se forma un derrame en un hemisferio del cerebro, al cabo de un tiempo mas ó menos largo se verifica la reabsorcion; pero no pudiendo restablecerse la nutricion normal, las funciones cerebrales se debilitan: de este modo sobrevienen muchas veces el idiotismo y la imbecilidad en los epilépticos. Hasta es suficiente, que la condensacion de la sustancia nerviosa se estienda á toda la periferia del cerebro, para que resulte una demencia ó una paralisis general.

»Algunas veces es la afeccion de un órgano inmediato la que determina la astenia. Cuando se desorganiza un pulmon y se reduce mucho de volúmen, se estrecha el torax del lado correspondiente, los músculos se atrofian y los huesos se hacen friables: lo mismo puede suceder en la pleuresia y en las demas afecciones, en que el dolor obliga á las partes á permanecer en quietud.

»Una inflamacion viva puede causar la astenia de un órgano adyacente: el recto y la vejiga, por ejemplo, se afectan muchas veces de inercia en las inflamaciones de la matriz, sobreviniendo entonces el estreñimiento y la retencion de orina: el primero resulta en gran número de casos de la flegmasía del estómago ó de los intestinos delgados.

»Ultimamente, la debilidad de una víscera puede depender de todas las causas que aparten los fluidos sanguíneos ó linfáticos de sus vias naturales, y los impidan repararse de una manera conveniente: cuando se manifiestan vómitos, una hemorragia ó bien una diarrea, se debilitan los órganos, sobre todo si es considerable la pérdida de fluidos. Hay algunos aparatos que padecen siempre mas que otros; los riñones y los demas órganos de depuracion no pueden eliminar los líquidos escrementicios. En el cólera uno de los fenómenos mas notables es la falta de orina.

»Reasumiendo el modo de accion de las causas de la astenia, se ve que deben siempre buscarse: 1.° en el órgano mismo que es asiento de la astenia; y 2.° en otros mas ó menos próximos, cuya integridad sea necesaria para el libre ejercicio de las demas funciones. Es preciso, pues, en el estudio de las astenias y en su tratamiento, tener sobre todo en cuenta su modo de desarrollo y elevarse á su verdadero orígen. Si esto parece difícil en algunos casos, es porque se descuidan las leyes de la sana patologia, que nos enseñan á ver en un órgano debilitado algo mas que esta misma debilidad, y á formarnos en la imaginacion la série de fenómenos orgánicos que ha debido ofrecer el tejido enfermo, antes de llegar al estado de astenia en que se encuentra al examinarlo.

»¿Puede la astenia de un órgano ocasionar la de otros tejidos? Roche está por la negativa.

»La astenia del cerebro del idiota en nada perturba el ejercicio de las demas funciones: se concibe muy bien que una parte irritada ejerza en otras distantes numerosas influencias; pues si en el estado natural obraba ya en ciertos órganos, necesariamente debe influir mas en ellos, estando aumentada su accion orgánica. Pero al contrario, cuando esta se debilita, debe tambien disminuirse en la misma proporcion la influencia simpática que ejerce, hasta el punto de aislarse, por decirlo asi, del resto de la economia, si llega á paralizarse completamente» (t. II, p. 473). Begin fue el primero que emitió esta opinion (*Principes gén. de physiol. pathol.*, p. 146); pero otros médicos, y en particular Boisseau, han sostenido una doctrina contraria. Las razones alegadas por Roche y Begin no nos parecen exentas de objeciones. En efecto, si es verdad que un órgano cuya accion fisiológica no es ya tan intensa como en el estado normal, no puede influir de una manera directa sobre los demas tejidos, no se sigue de aquí que estos mismos tejidos permanezcan insensibles á la disminucion ó á la cesacion completa de su funcion. En la economia todo se enlaza y se encadena: si la vitalidad se apaga en una parte, las demas no tardan en resentirse, desde el momento en que dejan de recibir la modificacion simpática de que antes disfrutaban. Este defecto de influencia que acompaña á la astenia, produce cambios notables en la intensidad con que se ejecutan las funciones: ora sobreviene una astenia consecutiva en un órgano, que se halla estrechamente unido por relaciones mediatas ó inmediatas con el que se halla debilitado; ora por el contrario, se manifiesta consecutivamente á esta astenia un verdadero estado esténico en los tejidos que tienen íntimas relaciones con los órganos afectos, y que son sus suplentes naturales. Vemos, pues, que si no es posible decir que un órgano debilitado ejerza simpatías, se puede, sirviéndose de un lenguage mas correcto, admitir que la sustraccion de estas simpatias, enviadas por los órganos cuando estan en su estado fisiológico, es un orígen muy frecuente de la debilidad de los fenómenos vitales. Por lo demas no se crea que existe esta astenia simpática siempre que un órgano se debilita. En la astenia sucede lo mismo que en la irritacion: no porque esta se desarrolle en un órgano, se irradia necesariamente á las demas partes del cuerpo: muchas veces queda limitada y circunscrita al tejido que invadió primero.

»Tratamiento. — No es nuestra intencion enumerar todos los medicamentos que se han propuesto para curar las enfermedades asténicas, ni hablar de la medicacion estimulante; sino tan solo limitarnos á las principales indicaciones terapéuticas que deben satisfacerse.

»Antes de establecer ningun tratamiento en la astenia, conviene indagar su causa. Si todos los tejidos carecen de la vitalidad necesaria para el desempeño de sus funciones, y si la debilidad es general, es algunas veces difícil saber el punto de partida de la enfermedad: tal sucede en la clorosis y en ciertas formas de anemia, cuyo verdadero origen no se ha podido conocer todavía. La alteracion general de los líquidos, sea primitiva ó consecutiva, debe entonces inducir al médico á emplear una medicacion estimulante, que ejerza su accion sobre todo el sólido viviente. Pero ya hemos visto que en el mayor número de casos dependia la astenia general de la lesion de una víscera, ora tuviera esta lesion su asiento en los órganos que sirven para la digestion, ora en los que estan encargados de distribuir á toda la economía los fluidos destinados para la nutricion; y que á veces estaba la debilidad bajo la dependencia esclusiva de la inervacion cerebral ó raquidiana, constituyendo la verdadera astenia idiopática, que es la que hemos tenido presente para colocar este artículo entre los destinados á las afecciones en que está disminuida la inervacion orgánica.

»Estas dos astenias, tan diferentes en su origen, inducen algunas modificaciones en la terapéutica. La primera, cuyo asiento no es siempre fácil determinar, al menos de una manera precisa, debe tratarse por todos los estimulantes directos é indirectos que la materia médica pone á nuestra disposicion. La segunda exige que se cure la lesion orgánica local, causa primera de la astenia general. Solo despues de haber satisfecho esta indicacion curativa, es cuando podrán estimularse los tejidos, con la administracion de las sustancias cuyo efecto especial es restablecer el tono en la fibra viviente debilitada. Nada mejor podemos hacer para dar una idea precisa de la conducta que debe seguir el médico, que citar el siguiente pasage de Broussais, que reasume completamente la terapéutica de las astenias: «Mientras haya inflamacion, sub-inflamacion ó neurosis, el tratamiento de la inflamacion, de la sub-inflamacion y de la neurosis, debe siempre asociarse al de la astenia; pudiendo esta exigir el uso de los tónicos, á pesar de que existan aquellas. Por ejemplo, se estimula esteriormente para combatir una debilidad causada por una concentracion ó congestion visceral, desinfartando al propio tiempo las vísceras, y prescribiendo los emolientes al interior; así se hace en la neumonía, en la gastritis, en la encefalitis, en la mielitis, en la pericarditis, en la colitis, etc. Se estimula en una neurosis, tal como el éxtasis, la catalepsia, el histerismo, etc., cuando vemos que los movimientos vitales se suspenden ó se hacen mas lentos que de ordinario. Se estimula con precaucion á un convaleciente, y la esperanza de buen éxito está en razon inversa de los desórdenes interiores. Se estimula en las debilidades esternas á causa de una irritacion local, un obstáculo, una conmocion, etc. Se estimula en las atrofias, y se procura al mismo tiempo restablecer directamente la nutricion con el uso de los tópicos y de los baños nutritivos, de sangre, de leche y de gelatina. Se estimulan los intestinos entorpecidos por una gastro-duodenitis, ó el hígado entorpecido tambien por la misma causa; pero aquí es difícil la escitacion, sobre todo en el segundo caso; porque se puede muy bien obrar directamente sobre los intestinos por la via inferior á beneficio de lavativas, calmando al propio tiempo y produciendo una modificacion contraria sobre el órgano simpatizante; pero no se puede obrar directamente sobre el hígado. (*Cours. de therap.*, t. V, p. 427).» (Monn. y Fl., *Compendium*, t. I, p. 420-439).

ARTÍCULO II.

De la paralisis.

»La palabra *paralisis* se deriva de παραλυειν, *resolvere*; cuyo nombre trae su orígen de λυειν, *solvere*, *debilitare*, relajar, resolver, y de παρα, que colocado antes del verbo significa imperfecta ó incompletamente; es decir, resolucion incompleta, menos intensa que la que se observa algunas veces: la palabra paralisis viene tambien de παραλυσσω, *solutio*, *resolutio* nervorum, relajacion, flacidez mas ó menos completa de los músculos.

»Sinonimia.—Παρχλυσις, παρεσις de Hipócrates y Galeno; *resolutio nervorum* de Celso; *paralysis* de Plinio; *mollificatio nervorum* de Avicena; *paralisis* de Boerhaave, Hoffmann y la mayor parte de los autores modernos, y *carus paralysis* de Good.

»Definicion.—*La paralisis consiste en la disminucion ó abolicion de la facultad de sentir y de contraer los músculos, ó bien de una sola de estas facultades en cualquier parte del cuerpo.* La mayor parte de los autores modernos definen la paralisis, diciendo que es la disminucion ó abolicion del movimiento y de la sensibilidad, ó solo de una de estas dos facultades. Es estraño por cierto que no se hayan notado todavía los vicios de esta definicion, y que se hayan contentado con ella los autores; pues aceptándola, deberia llamarse paralisis la inmovilidad de un miembro, cuyas articulaciones todas padeciesen reumatismo, gota, ó bien se hallasen anquilosadas á causa de una enfermedad de las superficies articulares. Lo mismo sucederia tambien con la inmovilidad de un dedo ó de un miembro, cuyos tendones estuviesen destruidos por la gangrena, y con una estremidad afectada de contractura, puesto que sus movimientos son nulos ó imposibles. Diciendo por el contrario que está disminuida ó abolida la facultad de moverse, se distingue fácilmente este estado morboso de los que tienen con él alguna semejanza; pues en efecto, en las diversas condiciones patológicas que

acabamos de indicar se halla intacta la contractilidad: *musculus quidem bonus est*, dice Boerhaave (*Prælecciones academicæ de morbis nervorum*, t. II, p. 567, in 8.°; 1762, Franc. y Leips.), de lo que podemos asegurarnos haciendo contraer los músculos.

Algunos autores designan con el nombre de *paralisis* la abolicion ó debilidad notable de la sensibilidad *perceptiva* y *del movimiento voluntario* (art. Paralisis, *Dict. des sc. méd.*, p. 243). Pero esta definicion debe desecharse, pues los órganos de la vida de nutricion pueden estar afectados de paralisis, lo mismo que los aparatos de la sensibilidad perceptiva y del movimiento voluntario, y no se comprende que haya motivos para escluir estos estados morbosos del número de las paralisis, siendo asi que las causas y los síntomas son absolutamente idénticos.

«Divisiones.—La claridad que ha introducido la anatomía patológica en el estudio de las paralisis, ha hecho que disminuya el número de estas y se consideren como síntomas dependientes casi siempre de una lesion conocida; pero tambien el dominio esclusivo de la anatomía ha contribuido á que se descuide la descripcion de la paralisis, y se ha cesado de estudiarla bajo el punto de vista de la patologia general, bastando para convencerse de ello echar una ojeada sobre las obras recientes de patologia y los diccionarios. Haremos un ensayo para llenar este vacio, valiéndonos de los materiales que nos suministran nuestras propias observaciones, mas bien que consultando los libros que tan incompletamente tratan de esta materia, y supliendo asi al silencio que guardan los autores de las obras que se reputan por mas clásicas.

»La paralisis puede afectar el sentimiento y el movimiento, ó solo una de estas dos facultades. Si lo primero, ha recibido el nombre de *anestesia* (αναισθησια), si lo segundo el de ακινησια: la única espresion que se ha conservado es la primera, y todavía se emplea mas comunmente el nombre de *paralisis*, para designar la pérdida de la sensibilidad ó del movimiento.

»La paralisis del movimiento se distingue por su asiento en *general* y *parcial*. Puede invadir á todo el sistema muscular, en cuyo caso sobreviene rápidamente la muerte, ó bien no ocupar mas que una sola parte del cuerpo. Toma el nombre de *hemiplegia* (de ημισυς mitad y de πλαττω, πλασσω, yo ataco) cuando se limita á una de las mitades del cuerpo, y el de *paraplegia* cuando ocupa ambas estremidades inferiores. Tambien se ha dado este último nombre á la resolucion de todas las partes situadas por debajo de la cabeza; pero no se toma generalmente en este sentido la palabra paraplegia. Llámase *cruzada* ó *transversa*, cuando se hallan paralizados el miembro superior de un lado y el inferior del opuesto.

»La paralisis de las sensaciones puede ser igualmente general ó parcial; y esta última recibe diversos nombres segun los órganos que ocupa (amaurosis en el ojo, sordera en el oido, anosmia en el olfato, etc., etc.).

»Es completa la paralisis cuando la facultad de sentir ó moverse se halla completamente destruida en una parte, é incompleta siempre que queda todavía algun resto de sensibilidad ó que los músculos son capaces de algunos movimientos.

»Las divisiones que acabamos de enumerar son de mucha importancia en semeiologia, aunque sin embargo no pueden servir de base á una descripcion general de la paralisis. Empezaremos el estudio de esta por la que no se refiere á ninguna lesion apreciable y conocida del sistema nervioso ó de las vísceras; consistiendo toda la enfermedad en un simple trastorno funcional, y tomando el nombre de *paralisis esencial* ó *idiopática*. Hállase esta fundada en hechos incontestables, como demostraremos despues, y no han tenido razon los que han querido negar su existencia, ó al menos disminuir su importancia.

»Viene en seguida la paralisis que no puede atribuirse, como la precedente, á ninguna lesion apreciable del sistema nervioso, pero que se esplica bastante bien por alguna enfermedad visceral, de la que participa el sistema nervioso; y esta toma el nombre de simpática. En este caso no constituye el trastorno funcional toda la dolencia, sino qne procede de la lesion material de un órgano ó de una enfermedad bien determinada (histerismo, epilepsia).

»La paralisis es el síntoma comun, y puede decirse casi constante, de todas las enfermedades del cerebro, de la médula, de los nervios y de sus cubiertas. En tales circunstancias ha recibido el nombre de sintomática; la cual es la mas frecuente de todas, y la que mejor se ha estudiado en estos últimos tiempos. Describiremos con J. Franck tres especies de paralisis sintomáticas: 1.° *paralisis encefálica* ó por alteracion del cerebro; 2.° *espinal* ó por alteracion de la médula y 3.° *por alteracion de los nervios* de la vida de relacion ó de la de nutricion.

»Antes de hablar de los tres órdenes de paralisis que acabamos de esponer, describiremos los caractéres comunes á todas las paralisis del sentimiento y del movimiento.

§ I.—*Descripcion general de la paralisis.*

»*Paralisis del movimiento.—Motilidad.*—El carácter esencial y patognomónico de la paralisis es la disminucion ó abolicion de la motilidad, es decir, de la facultad de moverse una parte del cuerpo provista de un aparato muscular: *impotentia mirabilis exercendi motum* ha dicho Boerhaave (*Prælection. acad.*, t. II, p. 258). La inmovilidad de las fibras musculares que, persiste á pesar de la voluntad y de la aplicacion de sus estimulantes habituales,

sirve para darnos á conocer que se halla abolida esta facultad. Cuando se examina un músculo, ó mejor todavía un miembro, afectado de paralisis completa, se nota una blandura y flacidez mucho mayores que en el estado normal, y bien distintas de esa renitencia que es difícil describir, y que se percibe palpando un miembro sano. La blandura de las carnes es tanto mayor, cuanto mas antigua la paralisis. Para convencerse de que un músculo se halla paralizado, es preciso mandar al enfermo que lo contraiga, ó dar á las partes una situacion tal que le obligue á contraerse; la mano colocada en el trayecto del músculo no percibe el menor movimiento fibrilar, y el músculo, en vez de endurecerse y adquirir mas volúmen, permanece flácido y aplanado; de modo que no podria sospecharse su presencia, sino supieramos por la anatomía que existe en el punto que se examina. Para que pueda verificarse la contraccion, es preciso que el enfermo goce de su inteligencia; pues puede el miembro estar simplemente inmóvil, porque se halle substraido al imperio de la voluntad; en cuyo caso, basta una viva estimulacion de la piel que cubre al músculo que queremos se contraiga, para producir este resultado. Por último, puede suceder que exista la paralisis de la sensibilidad al mismo tiempo que la del movimiento, y entonces debe procurarse determinar una contraccion sinérgica en los músculos que se suponen paralizados, irritando las partes inmediatas. Veremos al hablar del diagnóstico, que no siempre es fácil demostrar la existencia de una paralisis, ni distinguirla de otros estados morbosos. Antes de hacerse completa la afecion que nos ocupa, va precedida de un ligero temblor de los músculos, que indica ya una debilidad notable de la contraccion muscular; cuyo temblor se observa en los viejos que se ponen paralíticos y en la paralisis saturnina incipiente.

»La pérdida completa de los movimientos de todo un miembro se conoce fácilmente por la inmovilidad y relajacion de los músculos paralizados, como dice Boerhaave, *vocatur musculi laxa immobilitas* (af. 1057; *Comment. in aph.*, t. III, p. 349, en 4.º; París, 1751); y este es en efecto el mejor y único carácter de la paralisis; pues al decir J. Franck que los músculos estan algunas veces rígidos (*Praxeos*, trad. franc. de *l'Encyclopedie*, t. III, p. 287), comete un error confundiendo la contractura con la paralisis. Para comprobar la relajacion é inmovilidad musculares, es preciso encargar al enfermo que mueva las partes, ó bien irritar la piel pellizcándola ó pinchándola como ya hemos dicho. Hay tambien otro modo de esploracion, que consiste en levantar los miembros ó colocarlos en tal situacion, que solo puedan conservarla por medio de las contracciones, y siempre que caigan por su propio peso, ó se estiendan despues de haberlos puesto en flexion, hay motivo para creer que estan paralizados. Cuando se quiere demostrar la existencia de una paralisis, es preciso colocar sucesivamente los miembros en flexion, estension, adduccion, abduccion, pronacion y rotacion, haciéndoles ejecutar con la mano movimientos en estas diversos situaciones; pues este es el único modo de descubrir las paralisis parciales y distinguirlas de la contractura.

»La que ocupa los músculos interiores ó de la vida de nutricion, se reconoce casi únicamente por los trastornos de las funciones que desempeñan ó concurren á desempeñar.

»Las paralisis del esófago, laringe, diafragma, estómago, vejiga y recto, producen los síntomas que ya dejamos descritos al hacer la historia de cada una de ellas; y escusamos por lo tanto repetirlos aquí (véase enfermedades del esófago, laringe y diafragma). Solo diremos de un modo general, que estando los músculos de la vida de nutricion casi siempre colocados alrededor de órganos huecos que sirven de reservorio á materias que deben espelerse al esterior, puede fácilmente sospecharse que estan paralizados, cuando estas, sean líquidas ó sólidas, se hallan retenidas por un tiempo insólito, ó salen prematuramente. En la paralisis de la vejiga hay incontinencia ó retencion de orina, sucediendo lo mismo con las materias fecales en la del recto; segun que la paralisis predomina en los músculos destinados á espeler las materias ó á cerrar el orificio del reservorio, se verifica uno ú otro de estos efectos.

»La *paralisis incompleta* permite todavia algunos movimientos á las partes afectas; pues se siente en los músculos superficiales una ligera ondulacion, una especie de cambio en el modo de ser, un pequeño aumento de volumen. Tal vez podria sacarse algun partido de la auscultacion, por la cual se oye, como es sabido, un ruido sordo, comparable al que causa un fuelle (Laennec), ó las ruedas de un carruage que se mueve á lo lejos (ruido rotatorio), cuando se aplica el estetóscopo sobre los músculos y se los hace contraer. Continuando las investigaciones de Laennec, podrá obtenerse acaso algun síntoma importante para el diagnóstico.

»Deberiamos hablar ahora de las *paralisis* parciales; pero ya las estudiamos en el capítulo consagrado á la descripcion de las sintomáticas. En efecto, cuando se comprueba una de estas paralisis, hay mucho adelantado para la formacion del diagnóstico, al menos respecto de gran parte de ellas. La hemiplegia, por ejemplo, indica una enfermedad cerebral, y las mas veces una lesion del cerebro situada en el lado opuesto á la paralisis. En los casos de paralisis cruzada hay motivo para creer que esta afeccion es doble; que reside en la médula, cuando ambas estremidades inferiores estan privadas de movimiento, ó que constituye una simple neurosis parcial en la paralisis del deltoides ó del serrato mayor, por ejemplo, y en las paralisis singulares que provoca la intoxi-

cacion saturnina. Es visto, pues, que el estudio de las paralisis parciales pertenece mas especialmente á la historia de las sintomáticas, aunque tambien se observan, como luego veremos, en las idiopáticas.

»*Fenómenos que sobrevienen en las partes paralizadas.* — *Temperatura.*— En las partes que se hallan privadas desde mucho tiempo antes de movimiento, se observan trastornos funcionales ú orgánicos que merecen toda la atencion del médico. Se han ocupado mucho los prácticos de apreciar la temperatura de los miembros paralizados; y ya en tiempo de Boerhaave gozaban de mucho crédito los esperimentos termométricos, restaurados en nuestros dias, y que les servian para conocer la temperatura de las partes paralizadas. Sin decir Boerhaave positivamente si esta se hallaba normal ó disminuida, admite al parecer que pueden observarse estos dos cambios, pues considera de un pronóstico funesto la disminucion de temperatura: «Si vero calor in parte affecta *per thermoscopium* vix alius posset deprehendi quam in sana est bonum signum» (*Prælectiones*, loc. cit., p. 569). J. Frank dice, que el calor animal de la parte enferma es unas veces menor y otras mayor que en el estado sano, en cuyo último caso se halla aumentada la circulacion arterial, y hay turgencia de las venas (loc. cit., t. III, p. 387). El doctor Earle ha hecho numerosas investigaciones termométricas en los miembros paralizados, y ha visto en general que tenian algunos grados menos de temperatura que en el estado sano (*Méd. chirurg. transact.*, vol. VII). Abercrombie advierte, que aunque se halla uno en el caso de creer por analogía que debe haber disminucion del calor, está lejos de suceder siempre asi; y solo cree, que al parecer han perdido las partes esa notable propiedad que posee la economia de conservar una temperatura propia, pues se ponen mas fácilmente en equilibrio con la de la atmósfera (*Traité des maladies de l'encephale*). Esta opinion fue emitida por Boerhaave, quien observó que los miembros se calientan aproximándolos al fuego, y se enfrian cuando se los aparta, lo mismo que sucede con una piedra (loc. cit., p. 569). El doctor Todd cree que no puede establecerse cosa alguna fija sobre este punto (art. PARALISIS, *the cyclop. of pract. méd.*, t. III, p. 244). Hemos hecho muchos esperimentos termométricos en los paralíticos, y hemos encontrado demasiadas variaciones, para que podamos decidirnos sobre esta materia. El miembro enfermo está muchas veces en los paralíticos frio como el mármol; pero conviene tener en cuenta, que debe ser muy fácil la pérdida del calórico en una estremidad que no puede sustraerse al enfriamiento, y que suele hallarse á veces descubierta; que es tambien [illegible] difícil colocar el termómetro en un lugar apropiado para observar, y en fin, que algo puede influir el enflaquecimiento del miembro. Unicamente podemos decir, que hemos encontrado con mas frecuencia disminuida la temperatura que en su estado normal, y esta es la opinion que se halla adoptada generalmente.

»La *circulacion* de los miembros suele hallarse alterada. Boerhaave dice, que está debilitada y entorpecida como la del fluido nervioso (*Comm. in aphor.*, loc. cit., p. 369); que es mas lánguida, y que en algunos casos se pone débil el pulso. Tambien se ha dicho que puede faltar la pulsacion arterial en el brazo paralítico (Stover apud J. Frank, loc. cit., p. 387); pero son necesarias nuevas observaciones para poner este hecho fuera de duda; pues para que tal sucediera, seria preciso que hubiese divergencia entre el pulso del lado sano y el del enfermo, cosa que niegan formalmente muchos autores.

»Alston, en sus esperimentos sobre los efectos del opio, ha visto por medio del microscopio, que los glóbulos rojos de la sangre estaban disueltos y mezclados con un líquido rojo, homogéneo, en los vasos de las estremidades paralizadas; y Boerhaave, que refiere este hecho, se inclina á creer que la sangre tiene tendencia á detenerse en dichos vasos (*Comm. in aphor.*, loc. cit., p. 369). Pero tales esperimentos no son de importancia alguna, y solo los mencionamos para demostrar, cuanto deseo tenian los médicos del último siglo de descubrir la verdad, valiéndose para ello de muchos medios de esploracion, que despues se descuidaron y últimamente se han vuelto á ensayar con nuevo ardor.

»Uno de los efectos mas constantes de la paralisis antigua es una atrofia mayor ó menor de los músculos, que se ponen flácidos y se adelgazan hasta el punto de formar únicamente una membrana ó un cordon, que apenas presenta la estructura muscular; la materia colorante es reabsorvida, y los músculos reemplazados por gordura, que se segrega en cantidad muy considerable en el tejido celular. Los nervios se conservan á veces intactos; otras adquieren un color amarillento, y se infiltra su neurilema poniéndose mas grueso y duro. Bell y Cook dicen que estos órganos se atrofian constantemente. Todd no participa enteramente de esta opinion; hace notar que en ciertos casos no se ha observado ningun cambio apreciable en los nervios de miembros paralizados desde mucho tiempo antes, y cree que la atrofia es mas rápida y pronunciada cuando la lesion que produce la paralisis tiene su asiento en la médula (*The cyclop.*, loc. cit., p. 244). Esta alteracion es, si no constante, al menos muy comun en las paralisis antiguas.

»El tejido celular se infiltra muchas veces de serosidad, y ya hemos descrito estos edemas parciales debidos á una disminucion del influjo nervioso y de la circulacion venosa (v. ANASARCA). En muchos enfermos, como por ejemplo en los locos atacados de paralisis, se forman escaras, á veces muy estensas, en los ta-

lones, los codos, sobre el trocanter, y en las demas partes que soportan el peso de los miembros ó del cuerpo; las que vienen á terminar la desgraciada existencia de los pacientes.

»Para juzgar hasta qué punto se halla modificada la nutricion en las partes paralizadas, pueden buscarse algunos datos en la patologia esterna. Cuando se fractura un miembro paralizado, ¿se verifica la consolidacion con tanta facilidad como en uno sano, ó es por el contrario mas lenta, ó completamente nula? Esta cuestion se halla agitada, pero no resuelta, en un escrito reciente de Reynaud, de Toulon (*Bulletin de therap.*, 1844); y en las notas de Malgaigne á esta memoria (*Journ. de chir.*, p. 311; 1844). En un caso citado por Travers, se verificó la consolidacion en el tiempo ordinario. Busk habla de un hecho semejante; pero por otra parte, Tuson ha visto que la fractura no hacia ningun progreso hácia la consolidacion en el miembro paralizado, y B. Philip ha podido asegurarse de que el trabajo de reparacion no habia empezado aun á las cinco semanas. Reynaud cree igualmente que son incontestables los efectos de la paralisis en la reunion de los huesos fracturados. «Malgaigne opina, que está lejos de hallarse resuelta la cuestion, y dice seria de desear que fijase en ella algun cirujano la atencion, examinando mas detenidamente los anales de la ciencia, y recogiendo mayor número de hechos; pues de este modo se obtendrian ciertamente conclusiones menos dudosas que las que poseemos en la actualidad» (loc. cit., p. 312, estracto del *Traité des fractures et des lujations*, que todavia no se ha publicado.

»Nada añadiremos á la descripcion de los fenómenos locales de la paralisis, pues no podriamos hacer mas que emitir generalidades, que no tendrian ningun sentido ó que carecerian de exactitud. Decir, por ejemplo, que la paralisis invade instantáneamente ó va precedida de fenómenos precursores, y que es completa desde luego ó gradual, acompañada ó no de contractura, de dolores, de pérdida de la sensibilidad, de delirio, de trastornos en la respiracion, de estreñimiento, diarrea, etc., etc.; seria hacer la historia particular de las enfermedades del cerebro, de la médula y de los nervios.

»Diagnóstico.—Dos puntos esenciales son los que deben ocuparnos: 1.º reconocer la paralisis y distinguirla de los estados morbosos ó fisiológicos que pueden confundirse con ella, y 2.º establecer la lesion por los datos semeiológicos que nos pueda suministrar. Esta última parte del diagnóstico pertenece al estudio de los tres grupos que dejamos indicados.

»En el sueño mas profundo estan los músculos relajados, pero no paralizados, pues la facultad de moverlos, es decir, la motilidad, no se halla afectada, sino sustraida momentáneamente á la voluntad ó al imperio de los escitantes; bastando que uno ú otro de estos agentes se ponga en accion para que se verifique al momento la contraccion muscular: *ad primum voluntatis nixum motus muscularis præsto est*, dice justamente el comentador de Boerhaave (Van-Swieten, loc. cit., p. 449). Es tal algunas veces la insensibilidad durante el sueño, que podria creerse que existia una paralisis. Por lo demas, es dificil establecer en todos los casos una separacion marcada entre la verdadera paralisis y ciertos estados morbosos que se parecen á ella. ¿Qué nombre daremos, por ejemplo, á la inmovilidad de una cataléptica, de un somnámbulo, cuyos músculos permanecen relajados aunque se estimule fuertemente su piel; á la de un sugeto profundamente embriagado, á la de una persona en fin narcotizada por el opio, que recobrarán algunas horas despues el libre ejercicio de sus miembros?

»Puede tomarse por una paralisis un estado morboso completamente opuesto, como por ejemplo, la contractura de un miembro. Efectivamente, hay en estos dos fenómenos inmovilidad del miembro é imposibilidad de moverlo bajo la influencia de la voluntad ó de los escitantes habituales de la motilidad, y ademas desviacion de las partes sanas hácia las que estan enfermas y convulsas; de modo que se puede considerar como paralizada una parte que esté por el contrario perfectamente sana. Sin embargo, se podrá evitar el error aplicando la mano sobre los músculos de un lado del cuerpo ó de un miembro; pues si estan convulsos, se los encuentra duros, voluminosos y contraidos; y teniendo en cuenta los movimientos que desempeñan, se ve inmediatamente que el miembro toma la posicion que deben darle los músculos cuando estan contraidos; mientras que si se hallasen relajados, tomaria una direccion completamente opuesta, debida á los músculos antagonistas. En los casos en que las potencias musculares obran en diversos sentidos, es cuando podemos especialmente equivocarnos sobre la naturaleza del mal. Asi es que puede considerarse como una paralisis del esterno-mastoideo derecho el torticolis producido por la contractura del izquierdo; y en el mismo caso se hallan los músculos orbiculares de los párpados con respecto á los elevadores de los mismos, los de la lengua, de la cara, etc. En la contractura de esta (v. Neuralgia de la cara) se observan convulsiones en el lado afecto, llevando este hácia sí el opuesto, que se halla sano, y podria suponerse paralizado. En la paralisis del elevador del párpado superior se podria tambien admitir una contractura del orbicular, etc.; y lo mismo en otras partes que tienen músculos antagonistas. Pero basta hallarse prevenido del error, y conocer los usos particulares de cada músculo, para establecer el diagnóstico. Diremos sin embargo, que los movimientos morbosos de las partes paralizadas no estan muchas veces en armonia con sus funciones fisiológicas. Ya hemos dicho

al hablar de la apoplegia, del reblandecimiento cerebral y de la encefalitis (v. estas palabras), que en el mayor número de casos está la lengua desviada hácia el mismo lado que los músculos paralizados, y que no siempre se sabe por qué la orina ó las materias fecales se hallan mas bien retenidas que espelidas al esterior, etc.

»Puede estar un lado del cuerpo paralizado y el otro convulso, lo que haria mas difícil el diagnóstico. Se reconoceria la enfermedad por la hinchazon, la dureza mayor de los músculos, y por los movimientos fibrilares que se percibirian en el lado convulso. La falta de todo movimiento en el que se halla afectado de paralisis es un signo importante, que se descubre cuando cesa la convulsion, que rara vez es permanente.

»Un miembro cuyas articulaciones se hallan inmóviles á causa de una flegmasía aguda ó de una alteracion crónica, no puede considerarse como paralizado, si se fija algo la atencion en el estado de los órganos. Tambien seria fácil distinguir de la paralisis el reumatismo articular y la gota. El reumatismo muscular produce dolores tan vivos, que se hace imposible todo movimiento de los músculos afectos, lo que podria hacernos creer que existia una paralisis; pero en esta no es posible la contraccion de los músculos, mientras que es permanente y muy dolorosa en el reumatismo. Un flemon ó el desarrollo de un absceso en medio de masas musculares ó en el tejido celular que las rodea, pueden dificultar la contraccion; pero los fenómenos locales de semejantes tumores son característicos. En la gangrena de un miembro, la inmovilidad, el enfriamiento, la insensibilidad de las partes, la debilidad de la circulacion y el hormigueo, podrian inducirnos á suponer la existencia de una paralisis, la cual presenta poco mas ó menos los mismos síntomas; pero el color lívido ó negruzco de los tejidos, la cáries, las causas propias de la gangrena y la conservacion de la motilidad, que únicamente se ejerce con dolor, son otras tantas circunstancias que caracterizan suficientemente á esta última enfermedad.

»Tambien pueden tomarse ciertas paralisis parciales por afecciones del esqueleto. Una paralisis del músculo serrato mayor fué considerada por Richerand como una lujacion antigua (Marchesseaux, *Observations de paralysie du muscle grand dentelé* en los *Arch. gén. de méd.*, t. VII, p. 318). En la deformidad que entonces resulta sobresalen por encima de los hombros unas especies de alas de mariposa, segun la espresion de Marchesseaux, como las que vemos en las estátuas de ciertos personages mitológicos (p. 317). Otros médicos han creido en el caso citado que habia una cáries vertebral ó una desviacion del raquis. Ya Gendrin en la traduccion de Abercrombie refirió hechos análogos, igualmente que Velpeau (*Anat. chirurg.*, t. II, p. 303). «La aparicion rápida del mal, el examen atento del hombro, que no puede dirigirse hácia atrás, la imposibilidad de que el muñon de este ejecute los movimientos de elevacion y abduccion, la falta de tumor ó de prominencia anormal de las costillas ó del homoplato, la integridad perfecta del pecho y del raquis, y la desaparicion completa del tumor cuando se hallan los músculos en inaccion,» son los principales signos de la paralisis del serrato mayor.

»Puede simularse la paralisis con tal perfeccion, que muchas veces le es difícil al médico probar el fraude. Cuesta trabajo concebir á primera vista, que un enfermo á quien se pellizque fuertemente la piel, ó se someta á otros tormentos, pueda disimular bastante sus sensaciones, para hacernos creer que existe una paralisis: sin embargo sucede asi, y no es solo la de los músculos voluntarios la que se simula, sino tambien la del recto y la vejiga. Hay motivo para creer que esta enfermedad es fingida, cuando se sorprende á los enfermos en medio del sueño y se estrae una cantidad bastante considerable de orina por medio de una sonda: uno de nosotros, que ha ejercido algun tiempo su facultad en el ejército, ha observado muchos casos análogos, en los que siempre le ha sido útil este medio diagnóstico. En cuanto á la paralisis de un miembro, se deberá tener por simulada, cuando se supone datar de mucho tiempo sin haber producido el enflaquecimiento, la atrofia, la flacidez, y aun á veces el edema y el enfriamiento de las partes afectas. Tambien se ha dicho, que suspendiendo en la estremidad de un miembro un peso capaz de ocasionar en él una fuerte estension, se sentia y veia, cuando cesaba esta, un movimiento muscular en los miembros cuya paralisis era simulada, mientras que no sucedia asi en los verdaderos paralíticos; pero semejante prueba no siempre es concluyente.

»*Paralisis de la sensibilidad.*—La sensibilidad está muchas veces abolida en los miembros paralizados ó tan solo disminuida, conservándose en ciertos casos normal, aunque se halle la motilidad completamente estinguida. La anestesia ó paralisis de la sensibilidad puede ser general ó parcial, completa ó incompleta: describiremos los síntomas de estas diversas especies.

»En la anestesia completa, no solo está abolida la sensibilidad de la piel, sino tambien la de las partes mas profundas, pudiéndose introducir una aguja sin que ocasione ningun dolor. F. Hoffmann habla de un jóven, que estaba paralizado de la sensibilidad desde el ombligo hasta las estremidades inferiores, en tal grado, que solo por el olor conocia cuando se le quemaba la piel. Hay enfermos que no sienten el dolor producido por un flemon, ó por la fractura de uno ó muchos huesos de los miembros paralizados. Sabido es que la aplicacion de sinapismos ó de cuerpos calientes suele determinar en los paralíticos úlceras profundas y

escaras, sin que los enfermos se quejen del menor dolor. En una palabra, no basta para provocarlo pinchar, pellizcar fuertemente, ni quemar la piel y las partes profundas, que son los medios que se emplean comunmente para averiguar si existe una paralisis de la sensibilidad. Para convencernos de que se hallan paralizadas las partes subcutáneas, es preciso introducir una aguja ó un alfiler á cierta profundidad, con cuyo ausilio se distinguen los diferentes asientos de la paralisis. La electropuntura y la estension forzada de un miembro sirven tambien para reconocer la existencia de anestesias todavía poco pronunciadas.

»La paralisis de la sensibilidad es á veces general, en cuyo caso va acompañada de la del movimiento. Pero es raro que esta insensibilidad general dure mucho, pues los enfermos no tardan en sucumbir. Defermon refiere la curiosa historia de una paralisis general del movimiento y la sensibilidad, que tuvo una larga duracion, y que recayó en un individuo nervioso, que acometido de repente de una amaurosis, y tratado por los medios que exige esta enfermedad, se vió muy luego privado del uso de sus miembros, conservándose intactas las facultades intelectuales, y descubriéndose tan solo que en la mejilla derecha habia una pequeña porcion de piel en la que existia la sensibilidad fisiológica, en términos que trazando sobre ella letras con un estilete, comprendia el enfermo lo que se le queria indicar (*Bullet. des sc. méd.*, enero, 1828).

»Puede conservarse el movimiento de los miembros, hallándose solo abolida la sensibilidad. Ya hemos dicho al describir las enfermedades de la médula, que una lesion de los manojos posteriores podia ocasionar únicamente la anestesia, sin alterar el movimiento de las estremidades (v. mielitis, enfermedades de la médula). Van-Swieten refiere la observacion de un soldado, cuyo miembro superior izquierdo estaba enteramente privado de sensibilidad, sin que por eso dejara de manejar su arma con cierta destreza. Igual insensibilidad existia tambien en los dedos de la mano de un médico, de quien habla el mismo autor (loc. cit., p. 350). Vénse igualmente enfermos en quienes solo se halla afectado el movimiento, conservándose normal la sensibilidad. Van-Swieten habla de un individuo que estaba privado de movimiento en uno de sus brazos, conservando íntegra la sensibilidad del mismo, mientras que en el opuesto sucedia lo contrario. La completa separacion que tan á menudo se establece entre los desórdenes de la sensibilidad y los del movimiento, es de mucha importancia para el diagnóstico local de las enfermedades del sistema nervioso. A la fisiologia es á quien únicamente pertenece estudiar con detenimiento los hechos que militan en favor del destino particular de ciertas porciones de dicho sistema; nosotros solo diremos, que bajo el punto de vista de la historia general de la paralisis, la distincion de los nervios, segun que estan mas especialmente destinados á la sensibilidad, al movimiento, á la espresion facial y á la respiracion, es fecunda en aplicaciones útiles á la semeiologia (v. *Paralisis sintomáticas*).

»Las anestesias parciales ocupan á veces un solo miembro, toda la parte inferior del tronco y los miembros abdominales, un solo lado de la cara, y en algunos casos una ó dos pulgadas cuadradas de la piel del vientre ó de la del pecho, etc. (*Paralisis saturninas*, *histéricas*).

»La paralisis de la sensibilidad se establece de un modo lento y gradual, ó repentino. En el primer caso suele ir precedida de una sensacion de hormigueo, de punzadas y otros desórdenes que anuncian la perversion de la sensibilidad: ora no perciben los enfermos los objetos sino imperfectamente y como al través de una tela ó de un lienzo mojado, etc.; ora esperimentan en los miembros entorpecimiento, sensacion de frio, ó la de un líquido de esta temperatura, ó bien caliente, que corriera sobre la piel.

»Puede ocupar la anestesia los órganos de los sentidos, y para asegurarse de su existencia, conviene esplorar atentamente las diversas porciones del aparato sensitivo, y aplicarle los escitantes naturales ó artificiales. Cuando se trata de comprobar una amaurosis, se deberá esponer el ojo á una luz viva; si se quiere reconocer la insensibilidad de la conjuntiva, se la toca con las barbas de una pluma, ó con un cuerpo duro; se coloca sal ó sulfato de quinina sobre la lengua, para demostrar la de este órgano, y se introduce tabaco ó vapor amoniacal en las fosas nasales, para averiguar la del olfato. Pero no se crea que tan simple esploracion produzca siempre resultados positivos é incontestables, pues si asi fuera, se verian cesar las disensiones que todavia reinan sobre ciertas anestesias. Se ha sostenido que en la paralisis del quinto par podia conservarse la sensibilidad, mientras que otros autores han observado siempre la anestesia (v. paralisis de la cara).

»La nutricion parece tambien alterarse en las partes afectadas de anestesia, pero en un grado menor que en las paralisis del movimiento; lo que propende á probar, que la inmovilidad del miembro y la quietud de las partes paralizadas, representan el principal papel en los cambios que se observan en las estremidades privadas de movimiento.

»Semeiologia.—La paralisis es un síntoma, que considerado de un modo absoluto, tiene siempre un gran valor, en cuanto anuncia una enfermedad del sistema nervioso central, ó de los cordones nerviosos. Cuando se observa una paralisis, cualquiera que sea su asiento, es de creer que exista una enfermedad: 1.º del cerebro; 2.º de la médula; 3.º de los nervios; ó bien, 4.º un simple desórden funcional de los nervios del órgano, sin lesion apreciable del

sistema nervioso. Tal es poco mas ó menos el órden con que deben establecerse los datos diagnósticos que suministra la paralisis.

»Otra consideracion que debe ocupar desde luego al médico, es la de distinguir la paralisis de la sensibilidad, de la del movimiento. Esta última indica comunmente una lesion material del cerebro ó de la médula, sobre todo cuando va unida á la anestesia; la cual sola y aislada no es muchas veces mas que un simple trastorno funcional, y por lo tanto menos grave que la del movimiento. Pero no hay nada absoluto sobre esta materia.

»En seguida debe examinarse si la paralisis es *general* ó *parcial*. La primera es siempre sintomática de una afeccion limitada del cerebro; y tambien lo es de una enfermedad de este órgano, ó de la médula, cuando ocupa la mitad del cuerpo ó ambas estremidades inferiores. Si es mas circunscrita todavia, debe hacernos sospechar una lesion de un nervio, ó un simple desórden funcional. Cuando es cruzada, debe creerse que existe una lesion situada en una y otra mitad del sistema nervioso, en puntos diferentes y no similares. El pronóstico está fundado evidentemente en estas diversas circunstancias del diagnóstico.

»La paralisis *completa* y *repentina* nos indica una alteracion orgánica bien constituida: cuando es *incompleta* y *gradual*, se refiere á un trabajo morboso que va á efectuarse: es, pues, la primera mas grave que la segunda.

»Esto es cuanto podemos decir por punto general sobre los signos diagnósticos y pronósticos que pueden sacarse del estudio de la paralisis, considerada independientemente de los demas signos que suelen acompañarla. En cuanto á las indicaciones terapéuticas que suministra la paralisis, no pueden formularse de un modo general, sino en los capítulos consagrados al estudio de los tres géneros que dejamos establecidos.

§. II. *Paralisis idiopáticas.*

»Comprendemos con este nombre la disminucion ó abolicion del movimiento, de la sensibilidad, ó de ambos á la vez, de una parte cualquiera del cuerpo, sin que haya en el sistema nervioso central ó periférico el menor vestigio de lesion alguna. El desórden funcional constituye entonces toda la enfermedad, que es una verdadera neurosis.

»La paralisis general idiopática es escesivamente rara, y deben aceptarse con reserva las observaciones que se han referido de ella; sin embargo, hé aquí algunos hechos que merecen llamar la atencion del médico. Se ha visto á consecuencia de una fuerte conmocion general suspenderse momentáneamente la inervacion, y abolirse en todas las partes del cuerpo la sensibilidad y el movimiento; pero en los casos comunes no tarda este desórden en disiparse al cabo de algunas horas, recobrando el enfermo la salud.

»Tambien debe considerarse como una paralisis general idiopática, la que sobreviene en los individuos que han sufrido la accion del rayo, sin haber sido tocados por el fluido eléctrico; pues el estado de insensibilidad é inmovilidad en que quedan sumergidos, prueba el profundo desórden del sistema nervioso. «No hay duda que en este caso existe, dice Piorry, una lesion orgánica, una accion molecular, que ha obrado en los centros nerviosos, de donde resulta la suspension de los fenómenos de la inervacion; pero como esta lesion es inapreciable á nuestros sentidos, nos vemos precisados á admitir, para evitar suposiciones arriesgadas, que en tales circunstancias no existe mas que una anencefalonervia» (es decir, falta deaccion nerviosa del encéfalo) (*Traité du diagnostic*, t. III, p. 426). Tambien se ha observado la paralisis general despues de una emocion moral, como la que resulta á consecuencia de un susto rápido é intenso. Citaremos con reserva los hechos siguientes, tomados de los autores. En una mujer de veinte años sobrevino algun tiempo despues de haber hecho un esfuerzo considerable para levantar un peso, una paralisis de los miembros inferiores, que se estendió luego á los superiores y á todo el cuerpo, esceptuando la cabeza; aun podian sus dedos hacer algunos movimientos, y se hallaban íntegras todas las funciones internas; en cuyo estado vivió por espacio de veinte años, sucumbiendo á una fiebre tifoidea. En su autopsia no pudo encontrar Abercrombie lesion alguna sensible en el cerebro ni en la médula, á pesar del mucho cuidado con que examinó el cadáver (*Traité des maladies de l'encephale*). Davis y Gilbert citan tambien un hecho de paralisis general; pero era congénita y dependia evidentemente de un vicio de desarrollo de las membranas del cerebro y cerebelo, los cuales estaban sanos (*Médical and surgical journal*, año 1828, Todd, art. PARALISIS, *the Cyclop*. t. III, p. 246). Las paralisis de los individuos aniquilados por la masturbacion, los escesos venéreos, las pérdidas seminales, y la de las histéricas, embriagados y doradores (Lallemand), pueden considerarse como idiopáticas. Ya hemos referido en nuestro artículo apoplegia algunos hechos de apoplegia nerviosa ó sin materia, en los que no se ha encontrado ninguna lesion; de modo que la paralisis que entonces existe, debe ser idiopática. De esta naturaleza era la que padecia el ilustre Cuvier; pues el exámen mas atento del cerebro y de la médula, no pudo demostrar lesion alguna en estos órganos ni en sus dependencias (v. nuestro artículo apoplegia, donde nos inclinamos á admitir con Moulin una neurosis cerebral, de la que seria sintoma la paralisis).

»El número de las paralisis parciales idiopáticas es mucho mayor que el de las generales; su existencia es tambien mas segura y se

halla demostrada por un número considerable de observaciones. Debemos colocar al frente de las paralisis parciales sin lesion apreciable de los centros nerviosos, la paralisis saturnina, de la que hablaremos detenidamente en otro artículo (enfermedades producidas por el plomo).

»Vénse en ella ciertos músculos afectados con esclusion de otros: en los miembros torácicos, lo estan los estensores, los abductores y adductores de la muñeca, los supinadores del antebrazo, el braquial posterior, el deltóides, etc.; sucediendo lo mismo en los inferiores, donde se hallan paralizados los de la parte anterior de la pierna. En el tronco, lo estan los intercostales, el gran dorsal, los pectorales y los esterno-mastoideos. De aquí resultan cambios particulares en la actitud y situacion de los miembros, que no debemos describir en este lugar. Lo único que por ahora conviene establecer del modo mas positivo es, que la anatomia patológica no ha podido revelarnos todavia la menor lesion del sistema nervioso central ni periférico (Tanquerel des Planches, *Traité des maladies du plomb.*, t. II, página 73, en 8.°; París, 1339).

»Tambien se observa la anestesia parcial en la intoxicacion saturnina, y ora se halla limitada á la superficie cutánea ó comprende todo el espesor de un miembro, ora ocupa un órgano de los sentidos (*amaurosis saturnina*). La anestesia cutánea está circunscrita á veces á la mitad de la mano ó á una pequeña porcion de piel abdominal ó pectoral; es muy ambulante; cambia de sitio y desaparece en ciertos casos, para volver á manifestarse despues de muchos dias.

»Continuamos colocando estas paralisis entre las idiopáticas, pues la causa que las produce, aunque bien conocida, no nos demuestra ni el sitio ni la naturaleza de la lesion. Lo mismo sucede con otras paralisis de que vamos á hablar.

»En la de los movimientos y de la sensibilidad de la cara, ignoramos algunas veces completamente sus causas (v. paralisis de la cara), viéndonos precisados á admitir que hay tan solo una neurosis idiopática.

»El doctor Graves refiere numerosos ejemplos de paralisis idiopáticas en sus interesantes lecciones sobre el sistema nervioso. «En muchos casos, dice este autor, me ha parecido, que reconocia por causa la impresion del frio y de la humedad sobre los miembros inferiores, prolongada largo tiempo. Las mas veces se la observa en los jóvenes que se dedican mucho á la caza y pesca, que se suelen mojar los pies al caminar por parages pantanosos y al pasar los vados: tambien la padecen los trabajadores que tienen que estar con los pies metidos en el agua por espacio de muchas horas seguidas (*Estr.* de los *Arch. gén. de méd.*, t. XI, p. 213; 1836). Igualmente puede considerarse como una paralisis idiopática la que sobrevino en la retina de un jóven, que caminando encima de la cubierta de una diligencia, estuvo espuesto muchas horas á un viento nordeste muy fuerte que le daba directamente en la cara (Graves, loc cit., p. 204). En los paises ecuatoriales sucede algunas veces á los marineros y á las personas que se hallan precisadas á permanecer espuestas por toda una noche á la humedad glacial que existe en tales puntos, encontrarse paralizadas de un miembro ó de un lado de la cara. Tambien colocan algunos la beriberia entre las paralisis idiopáticas; pero los documentos que poseemos sobre esta enfermedad no son bastante seguros, para que podamos abrazar semejante opinion (v. beriberia).

»Hay ciertas paralisis parciales, que no pueden esplicarse por una lesion evidente de los nervios que se distribuyen por los músculos paralizados, y que deben por lo tanto incluirse en la clase que estudiamos. Tal es, por ejemplo, la del nervio del serrato mayor, cuya observacion refiere Marchesseaux (*Arch. gén. de méd.*, t. VII, p. 313; 1840), y que no fue debida á ninguna causa apreciable; pues aunque el doctor Todd la atribuye á una lesion de los nervios torácicos posteriores, no da prueba alguna en apoyo de su opinion (*The Cyclopedie*, loc. cit.)

»El doctor Darwal describe una especie de paralisis de los miembros superiores, que padecen los hombres habituados por su profesion á levantar cargas considerables. En algunos casos, dice este autor, no ocupa al principio la paralisis mas que los músculos que unen el húmero al homoplato, especialmente el deltoides; no puede ya el brazo levantarse; pero el antebrazo se dobla fácilmente sobre el brazo. De este modo continua alterada la motilidad en los músculos del hombro, y en algunos llega al fin á paralizarse todo el miembro. El médico inglés considera esta afeccion como dependiente mas bien de una enfermedad de los nervios que se distribuyen por los músculos elevadores del hombro (*Lond. med. Gaz.*, t. VII, p. 201). Las paralisis idiopáticas que acabamos de mencionar, son verdaderas neurosis de la sensibilidad ó del movimiento; pues el escalpelo anatómico no ha podido descubrir todavia ninguna lesion, y toda la enfermedad se reduce al desórden funcional.

»Tratamiento.—La primera indicacion que debe satisfacerse en el tratamiento de la paralisis idiopática, es la de restituir á la fibra muscular la propiedad de que se halla momentáneamente privada, es decir, la facultad de contraerse bajo la influencia de la voluntad y de los escitantes naturales. En el tratamiento de esta paralisis no hay que temer los funestos resultados de la escitacion, como en las que son sintomáticas de una enfermedad del cerebro ó de la médula. Para escitar la contraccion del sistema muscular, se ha recurrido á una medicacion estimulante, cuyos agentes deben elegirse entre los que tienen una accion especial sobre las fibras musculares, determinando su

contraccion. Los medicamentos que la componen pueden aplicarse á todas las partes paralizadas, ó administrarse interiormente. Hablaremos sucesivamente de cada uno de ellos.

»A. *Escitacion local.*—Entre los medios mas simples y menos activos deben mencionarse: la aplicacion de una piel de liebre ó de cisne, de franela, ó de una tela encerada, alrededor de las partes paralizadas; las fricciones hechas con franela ó cepillos suaves; los baños de arena ó de vapor simple, sulfuroso, aromático, amoniacal ó trementinado; el humo de tabaco, la flagelacion, la percusion, el amasamiento y la titilacion con una pluma de ganso. Pueden igualmente hacerse las fricciones con grasa cargada de alcanfor, de trementina, amoniaco, fósforo, tintura de cantáridas ó de guayaco. Se procura determinar una irritacion permanente en la piel por medio de vejigatorios volantes, ó bien con el aceite de crotontiglio, la pomada estibiada, el torbisco, etc. Se ha propuesto el moxa, el cauterio trascurrente y la aplicacion de un hierro calentado en agua hirviendo: la revulsion que determinan estos agentes es en efecto muy saludable, y suele muchas veces curar el mal. Una supuracion profunda, establecida por medio de cauterios ó de un sedal, no deja tampoco de ser útil en las paralisis antiguas. Los baños de mar, de aguas naturales sulfurosas ó de rio, seguidos de paseos en carruage cuando la paralisis lo permite, son de un gran recurso y suelen producir curaciones inesperadas. Los chorros administrados con las aguas minerales de que acabamos de hablar, son igualmente muy eficaces.

»Los agentes con que mas puede contarse, cuando no han bastado los precedentes, son la electricidad, la gálvano-puntura y la estricnina usada por el método endérmico: en cuanto á la aplicacion de placas ó barras imantadas, no tiene ni con mucho una influencia tan evidente. Las descargas eléctricas, sobre todo la electro-puntura, de la que hemos observado efectos maravillosos en la paralisis producida por el plomo, son los agentes mas capaces de escitar la contraccion muscular, cuando no existen en los cordones nerviosos ó en los órganos de donde parte la inervacion lesiones materiales que se opongan á la curacion. En la actualidad se emplea especialmente la electricidad dinámica combinada con la acupuntura; para lo cual nos servimos de una aguja muy delgada de platino, que se introduce rápidamente en los órganos, y se pone en comunicacion con las estremidades de los pares, procurando que al principio sean débiles las corrientes, para probar la susceptibilidad de cada enfermo. No podemos describir aquí los diversos procedimientos que se han usado para electrizar con máquinas de corriente contínua ó interrumpida. En la tésis de oposicion de Gabarret (*Lois générales de l'electricité dinamique*, p. 137, en 4.°; París, 1843) se hallará una escelente descripcion de toda la terapéutica eléctrica. En ella se refieren numerosos ejemplos de curaciones de paralisis parciales, sobre todo de la sensibilidad (anaurosis, sordera, paralisis facial), obtenidas por este agente. Las propiedades escitadoras de la nuez vómica, ó mejor todavia de la estricnina, aplicadas sobre la piel privada de su epidermis por medio de un vejigatorio, estan hoy demostradas por un considerable número de hechos, que autorizan á usarlas en las paralisis parciales idiopáticas. Se ha elogiado tambien en estos últimos tiempos el cornezuelo de centeno como escitador muscular. En efecto, son muy evidentes sus virtudes en la paralisis del útero, y tal vez en la de la vejiga: por nuestra parte le hemos administrado con un éxito completo en dos casos de retencion de orina por atonía de la túnica muscular de la vejiga.

»En el tratamiento de las paralisis internas deben colocarse los agentes locales lo mas cerca posible del sitio del mal, insistiendo particularmente en la medicacion interna.

»B. *Escitacion general.*—Esta se consigue estimulando los centros nerviosos y la inervacion divergente; pero antes de establecer este tratamiento, es preciso estar seguro del diagnóstico, y de que no existe lesion alguna de la pulpa nerviosa. Cuando se haya adquirido esta certidumbre, puede prescribirse sin temor una medicacion estimulante, al mismo tiempo que se usan los agentes escitantes al esterior. Los medicamentos que se administran interiormente son bastante diversos: ora se procura determinar una perturbacion general por medio de los vomitivos administrados con cortos intervalos; ora se escita vivamente la mucosa gastro-intestinal por medio de los purgantes salinos ó los calomelanos continuados mucho tiempo, ó bien por los drásticos enérgicos, como la jalapa, la escamonea, la gutagamba, la coloquintida, etc. Estos medicamentos ejercen muchas veces una influencia saludable, porque disipan ciertas complicaciones gastro-intestinales, y ademas porque la escitacion que producen en la membrana interna del tubo digestivo obra simpáticamente y de un modo favorable en las partes paralizadas. Los escitantes difusivos, tales como el éter, el amoniaco, el almizcle y el alcanfor, han sido útiles en algunas circunstancias, estimulando la inervacion debilitada. Tambien se ha administrado con este objeto la tintura de cantáridas y la de fósforo; pero los accidentes que provoca este último con demasiada frecuencia nos autorizan para proscribirlo. La tintura de cantáridas puede usarse sin inconveniente: nosotros la hemos empleado en muchos casos, pero sin fruto. El polvo de la nuez vómica y la estricnina son medicamentos de cuya accion puede esperarse algo, y observando sus efectos con alguna atencion, no hay que temer accidente alguno. Cuando se manifiestan convulsiones en el miembro paralizado, deberá continuarse con la misma dosis durante algunos dias, tomando luego muchas precauciones si nos decidimos á aumentarla.

En cuanto á los tónicos fijos, como la quina, los analépticos, y los vinos ricos en alcohol, etc., nos parecen hallarse especialmente indicados, cuando la economía se halla debilitada y el sólido viviente necesita una estimulacion general. En este caso puede la higiene venir en ausilio de la terapéutica; pues la insolacion, los paseos en carruaje, los viages y las distracciones morales poderosas, han disipado muchas veces paralisis que se habian resistido á los demas medios. No hay duda alguna que serian paralisis idiopáticas las que padecian los enfermos, que se han curado huyendo de un incendio que se estendia hasta la habitacion donde estaban acostados; pudiéndose decir lo mismo de la jóven de quien habla Boerhaave, la cual estaba afectada de una hemiplegia muy grave, y era esposa de un califa que la amaba con la mayor ternura. El médico que fué llamado para asistirla, dijo que podria curarla, pero que temia escitar la cólera del califa con el tratamiento que se proponia usar; y habiendo este dado su consentimiento para que obrase con ámplia libertad, creyó el profesor conveniente tocar los pies de la enferma, accion que se mira en Asia como deshonesta, y haciendo entonces la paciente un gran esfuerzo para separar las manos del médico, se curó inmediatamente (*Prælectiones acad.*, loc. cit., p. 567).

§. III.—*Paralisis simpáticas.*

»El desórden funcional del movimiento ó de la sensibilidad consituye tambien en este caso toda la enfermedad, lo mismo que sucede en las paralisis de que hemos tratado en el artículo anterior; pero hay ademas una lesion visceral evidente, ó una enfermedad determinada, de la que es la paralisis un efecto puramente simpático.

»El doctor Graves, que ha fijado su atencion en las paralisis que nos ocupan, critica á los patólogos que han querido, dice, buscar demasiado esclusivamente su causa en los centros nerviosos y en una alteracion orgánica del cerebro y de la médula raquidiana (*Lond. médic. and surg. journ.*, núms. 58 y 59 en los *Arch. gén. de méd.*, t. XI, p. 200; 1836). Este autor cree, que la lesion de un nervio ó de sus estremidades periféricas puede reflejarse en virtud de una accion retrógrada á otros ramos, y producir tambien paralisis en puntos bastante distantes del lugar primitivamente afecto. Sea lo que quiera de esta esplicacion, vemos efectivamente desarrollarse ciertas paralisis á consecuencia de enfermedades viscerales. El médico inglés cita un caso de paraplegia que sucedió á una enteritis aguda, otro á una gastro-duodenitis, y un tercero á estrecheces de la uretra (mem. cit., p. 207 y sig.); pero la relacion de estos hechos no nos ha convencido completamente.

»Ya hemos hablado de la paralisis que el doctor Stanley ha visto complicarse con afecciones agudas de los riñones, y que supone provocada por la irritacion trasmitida á la médula (v. *Enfermedades de la médula*); pero la abertura cadavérica no demostró ninguna lesion apreciable en las partes á que se habia creido deber atribuir la causa de la paralisis. En todos los casos de que acabamos de hablar, esplica el doctor Graves el desarrollo de la paralisis por la influencia que ejerce la afeccion visceral sobre una porcion limitada del sistema nervioso periférico; de donde resulta un desórden funcional de la médula raquidiana, y consecutivamente la paralisis simpática de que se trata.

»Tambien se ha observado la paralisis en la disenteria (Zimmermann) y en las fiebres intermitentes; pero no habria en estos casos alguna lesion del sistema nervioso? Esto es lo que no dicen muy positivamente los autores que los refieren. Algunos médicos dignos de fé han tenido ocasion de ver, aunque rara vez, paraplegias en enfermos que padecian cáncer del estómago, gastritis crónicas y afecciones del útero, y en quienes el sistema nervioso no era asiento de ninguna lesion.

»Las neurosis van frecuentemence acompañadas de paralisis. Muchas veces vemos, despues de un violento ataque de histerismo, paralizarse un miembro durante algunas horas, ó conservar los enfermos una anestesia parcial, que desaparece repentinamente al cabo de un tiempo variable. En los hipocondriacos se observan paralisis en algunos casos; pero hay fundamento para decir que por lo comun son sintomáticas.

»Tratamiento.—Como la paralisis simpática depende siempre de una enfermedad, es preciso ante todo, combatir esta última con remedios apropiados. La que es producida por afecciones del estómago, deberá tratarse con agentes terapéuticos totalmente distintos de los que exigen las sostenidas por lesiones del útero y por el histerismo. Cuando se consigue que desaparezca la enfermedad primitiva, cede algunas veces la paralisis, y de todos modos solo con esta condicion puede esperarse una curacion duradera. Si persiste la lesion de la inervacion, es preciso emplear un tratamiento local ó general, que no debe diferenciarse mucho del que corresponde á la paralisis idiopática.

§. IV.—*Paralisis sintomáticas.*

»Pueden estudiarse de dos diferentes modos: 1.° tomando por base única la paralisis en sí misma, ó 2.° fijándose en el asiento de la lesion que la determina. Bajo el primer punto de vista se observa que segun es la paralisis general ó parcial, de la sensibilidad ó del movimiento, completa ó incompleta, súbita ó gradual, indica el asiento y á veces la naturaleza de la lesion. Teniendo solo en cuenta la causa material que la produce, puede establecerse que es *encefálica*, *espinal* ó *por enfermedad de*

un nervio segun que resida en una ú otra de estas partes. Nosotros adoptaremos este último órden, porque da mayor exactitud al diagnóstico y nos permite descender de la causa al síntoma.

»1.° *Paralisis encefálica.—Paralisis general del movimiento.*—Esta es general y ataca á la vez el movimiento y la sensibilidad: 1.° cuando existe una hemorragia de foco considerable en un hemisferio cerebral, y comprime ademas el otro; 2.° cuando la hemorragia es doble; 3.° cuando desorganiza la protuberancia anular ó el bulbo raquidiano (véase *Apoplegia*); 4.° cuando se derrama la sangre en la gran cavidad aracnoidea (v. *Hemorragias de las meninges*); 5.° en ciertos reblandecimientos seniles, súbitos y estensos, y 6.° en el hidrocéfalo agudo, cuando se efectua el derrame con prontitud. Se observa tambien algunas veces la paralisis general en el mas alto grado de congestion sanguínea. Pero entonces solo dura un tiempo muy corto (v. *Apoplegia*). Suele igualmente sobrevenir en el narcotismo por el opio y en la embriaguez, pero en tal caso es pasagera.

»*Anestesia general.*—No conocemos un solo hecho incontestable de paralisis de la sensibilidad, sola é independiente de la del movimiento. En el éxtasis, en el somnambulismo y en los fenómenos llamados magnéticos, está momentáneamente abolida la sensibilidad general; observándose lo mismo en algunas histéricas. Pero estos hechos de anestesia se hallan todavía rodeados de incertidumbre, sugetos á muchos comentarios, y necesitan estudiarse de nuevo con la perspicacia de un médico verdaderamente digno de este nombre.

»*Paralisis parcial del movimiento.*—En la hemiplegia ó paralisis de un lado del cuerpo, estan casi siempre abolidos á la vez el movimiento y la sensibilidad; y semejante estado es el signo mas comun de las enfermedades del cerebro. Dícese que en general ocupa la hemiplegia el lado izquierdo mas á menudo que el derecho. Caldani afirma que la frecuencia con que se la observa en el primero con respecto al segundo está en la proporcion de 11:3; Bourdon, dice, que entre 63 hemiplégicos 36 estaban afectados del lado izquierdo y 27 del derecho, y Cabard, que entre 45 paralisis habia 24 hemiplegias que ocupaban el primero de estos lados (estracto de la obra de J. Franck, loc. cit., p. 388); de esta opinion participa completamente J. Franck. No siempre se halla la paralisis tan marcada en el miembro superior como en el inferior; el brazo está mas gravemente afectado en el mayor número de casos que la estremidad pelviana, y rara vez se observa lo contrario.

»La paralisis parcial de la sensibilidad, hallándose intacta la motilidad, es un fenómeno bastante raro, aunque se citan sin embargo algunos ejemplos en que se ha observado. Rostan habla en sus lecciones clínicas de un niño de siete años, que despues de haber presentado todos los síntomas de la hemorragia cerebral, conservó una paralisis de la sensibilidad, limitada á la mitad del cuerpo.

»El diagnóstico del sitio de la lesion encefálica, deducido por el que ocupa la paralisis, es uno de los puntos mas importantes y difíciles de la historia de la enfermedad que nos ocupa; pero no necesitamos tratar detenidamente esta cuestion de semeiologia, pues ya nos hemos ocupado de ella en el artículo Apoplegia, donde dejamos establecido, que la paralisis ocupa siempre el lado del cuerpo opuesto á la lesion encefálica, á escepcion de casos muy raros, de los que hemos citado algunos. Rostan, que habia recogido uno de esta especie, reconoció despues que se habia engañado, y que este hecho se hallaba conforme con la ley generalmente establecida; persuadiéndose que los autores han cometido tambien errores análogos, y entre ellos Andral en las dos observaciones que se hallan consignadas en su clínica médica (Rostan, *Leçon clinique*, en la *Gazette des hôpitaux*, n.° 85, julio, p. 338; 1844).

»Mayor es todavía la incertidumbre que reina sobre la relacion que existe entre las afecciones de las diversas partes del cerebro y el sitio de la paralisis. No puede admitirse de un modo absoluto, que la lesion de los cuerpos estriados produzca la paralisis de las estremidades inferiores; la que ocupa los tálamos ópticos, la de las superiores; y la de las astas de Ammon, ó del lóbulo anterior del cerebro, la pérdida de la palabra; ni que la hemiplegia resulte siempre de la afeccion de los tálamos ópticos y de los cuerpos estriados.

»La paralisis *cruzada ó transversa* anuncia de seguro una lesion cerebral doble, ya sea contemporánea, ya desarrollada sucesivamente en épocas distintas. No es raro observar en los viejos que han sido atacados de hemorragia cerebral, una paralisis del brazo á la que se agrega despues la de un miembro inferior.

»Resulta de lo que acabamos de decir, que la paralisis, asi general como parcial, tiene un gran valor semeiológico, é indica las mas veces una enfermedad del cerebro; que cuando es repentina, depende de una hemorragia ó de una congestion, y muy rara vez del reblandecimiento senil; que si es gradual ó incompleta, sucediendo á la contractura, es el síntoma ordinario de la encefalitis y del reblandecimiento, cualquiera que sea su naturaleza, y que cuando alterna irregularmente con la contractura, suele ser ocasionada por la flegmasía consecutiva de la pulpa cerebral.

»La paralisis de un miembro, como del superior por ejemplo, es un signo de afeccion encefálica ó de la médula, que se halla interesada en su bulbo ó en su porcion cervical. La *paraplegia*, es decir, la paralisis de las estremidades inferiores, es rara en las lesiones del encéfalo; sin embargo, en esa paralisis singular que padecen los enagenados, y que Calmeil ha des-

vilo perfectamente, se halla disminuido ó abolido el movimiento en las estremidades pelvianas, mientras que las superiores conservan su motilidad intacta ó apenas alterada (v. LOCURA). Se han descrito paralisis intermitentes, es decir, que desaparecian por cierto tiempo para reproducirse de nuevo; pero la fiebre intermitente perniciosa comatosa es la única capaz de producirlas, pues las demas son falsas paralisis intermitentes.

»2.° *Paralísis espinal.*—Esta rara vez es general; aunque se la observa sin embargo cuando una hemorragia ó un reblandecimiento desorganizan la sustancia nerviosa del bulbo-raquidiano ó la porcion cervical de la médula. E. Home, J. Franck y otros han visto paralizados los cuatro miembros por haberse derramado la sangre al esterior de la dura madre, comprimiendo la médula desde la cuarta vértebra cervical hasta la segunda dorsal. Ya hemos dicho que una afeccion raquidiana situada al nivel del abultamiento cervical, paraliza muchas veces el tronco, los cuatro miembros y los reservorios, asi de las heces como de la orina. Despues de las fracturas de las vértebras y en la enfermedad de Pott, rara vez es general la paralisis; pues la lesion solo ocupa por lo comun las partes inferiores de la médula.

»Es mucho mas frecuente observar paralisis parciales en las afecciones espinales, y sus caractéres son: 1.° estar siempre situadas en el mismo lado y por debajo de la lesion, á no ser en los últimos tiempos; 2.° afectar la sensibilidad y la motilidad en el mayor número de casos, porque la lesion se estiende las mas veces á los manojos anteriores y posteriores, y 3.° hallarse limitadas á la sensibilidad cuando estan enfermos los manojos posteriores, y á la motilidad si la afeccion ocupa los anteriores. La paraplegia es el síntoma mas constante de las afecciones espinales, ya sean primitivas ó ya consecutivas á una alteracion de la sustancia huesosa de la columna vertebral. Se hallan paralizados el recto y la vejiga, y disminuidas ó abolidas en un mismo grado la sensibilidad y la motilidad. La paralisis tiene tambien por carácter el desarrollarse casi simultáneamente en ambos miembros, y durar un tiempo muy largo.

»*Paralisis por enfermedad de los nervios.*—En este párrafo comprendemos todas las paralisis parciales, dependientes de las afecciones de los nervios que se distribuyen por las diversas partes del cuerpo; las que solo pueden reconocerse por los datos precisos que suministran la anatomia y la fisiologia. Para saber si la paralisis ocupa los músculos deltóides, pectoral mayor, recto anterior del muslo, etc., es indispensable conocer las funciones de estos músculos y los movimientos que ejercen. Indicaremos rápidamente las principales paralisis parciales, que pueden ocupar asi el tronco como los miembros, y despues espondremos sus causas.

»La paralisis de los músculos de un lado de la *cara* produce la inmovilidad de este lado, el cual se halla retraido hácia las partes sanas. De aquí proceden los gestos singulares y esa especie de risa sardónica que se observa en algunos individuos, que no pueden arrugar ni mover la frente ó la ceja (paral. de los músculos frontal y superciliar), cerrar el párpado (paral. del orbicular), ó abrirlo (paral. del elevador), dilatar las ventanas de la nariz, elevar el labio superior (paral. del músculo elevador), la comisura de los labios (paral. del canino y del zigomático), cerrar la boca é impedir el flujo de la saliva y de las bebidas (orbicular de los labios), espeler el aire ó dirigir al centro de la boca los alimentos (paral. del bucinador), ó levantar la mandíbula inferior (paral. del temporal, masetero y terigoideo interno). En la paralisis facial la comisura de la boca está desviada y retraida hácia el lado sano, y la punta de la lengua se dirige por lo comun hácia el que está paralizado.

»Cuando la paralisis afecta los músculos del cuello (complexo, esplenio, digástrico, traquelo-mastoideo), cae la cabeza sobre el pecho como sucede durante el sueño, viéndose los enfermos precisados á sostenerla, y á darle con sus manos ciertas posiciones. Si está paralizado el músculo esterno-mastoideo derecho, como solo obra el izquierdo, la cara se halla inclinada hácia el lado paralizado.

»La paralisis de los músculos torácicos produce la inmovilidad de las costillas y una asfixia lenta ó rápida. Las estremidades superiores pueden igualmente hallarse paralizadas. Los cirujanos han tenido ocasion de observar con bastante frecuencia la paralisis del deltoides, ocasionada por la compresion que la cabeza del húmero dislocada ejerce sobre el nervío circunflejo; asi como tambien la del serrato mayor, por una lesion de los nervios torácicos posteriores. Siempre que exista una paralisis parcial limitada á uno ó muchos músculos, es preciso averiguar ante todo si depende de una enfermedad de los nervios que se distribuyen por ellos. Ya hemos dicho hablando de la neuritis, qne la compresion y las enfermedades de los nervios, igualmente que de su neurilema, producen en los últimos tiempos la paralisis de las partes por donde se distribuyen. «El doctor Graves ha visto con el doctor Brennan un hombre robusto, que habiéndose fatigado mucho durante el dia, se durmió despues de la comida, apoyando la cabeza en los brazos cruzados sobre la mesa; en cuya postura fue tanta la compresion que sufrió uno de los nervios cubitales, que al dispertarse no podia mover el antebrazo, sin que bastase medio alguno para disipar esta paralisis» (mem. cit., en los *Arch. gén. de méd.*, t. XI, p. 213; 1836). La degeneracion escirrosa de los gánglios subaxilares, ó el desarrollo de cualquiera otro tumor en el trayecto de un nervio, puede ocasionar tambien la paralisis (J. Frank, loc. cit., p. 402).

Cítanse casos en que ocupaba esta la estremidad de los dedos y del pulgar, habiéndola producido la constriccion demasiado fuerte que habia ejercido un vendaje. El doctor Bright habla de una paralisis del antebrazo ocasionada por un callo vicioso; pero esta causa nos parece dudosa. Se ha dicho tambien que la flegmasia del nervio ciático podia terminar por la paralisis de la estremidad inferior correspondiente (Todd, art. cit.).

»La paralisis de los movimientos ó de la sensibilidad de la cara puede depender, como veremos mas adelante, de diferentes lesiones desarrolladas en el agujero estilo-mastoideo ó en sus inmediaciones, y en el trayecto del nervio trifacial, ó bien de una afeccion de este nervio en su orígen.

»La paralisis de las vísceras musculosas, la del esófago, estómago, laringe, vejiga y recto, puede resultar de una lesion encefálica. Sabido es que la pérdida de la palabra y la afonía, son muchas veces síntoma de una hemorragia cerebral; sucediendo lo mismo con la paralisis del recto y la vejiga. Despues de las lesiones encefálicas, las que con mas frecuencia suelen producir estas paralisis son las afecciones de la médula espinal. La del diafragma depende de las mismas causas, y rara vez se la ve resultar de una lesion del nervio frénico.

»Hay una paralisis que reside en los músculos afectados de alguna alteracion. Tal es, por ejemplo, la que sigue á la rotura de una parte de sus fibras, al reumatismo y á la supuracion flegmásica. La causa de la paralisis puede residir en la misma piel, en cuyo caso solo afecta la sensibilidad. Las enfermedades del cuerpo papilar rara vez van acompañadas de anestesia (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 2 vol.; agosto, 1844); la cual es tambien uno de los accidentes mas constantes de la acrodinia (V. ACRODINIA).

»Nada podemos decir en general del PRONÓSTICO de la paralisis sintomática, y menos todavia de su TRATAMIENTO. Solo recomendaremos al práctico, que no pase nunca á combatir una paralisis idiopática, sin asegurarse positivamente del diagnóstico local, es decir, sin determinar antes el asiento y naturaleza de la lesion. Fijándose en el diagnóstico le será fácil reconocer, que las paralisis encefálica, espinal, y por enfermedades de los nervios, reclaman tratamientos completamente distintos y apropiados á la naturaleza del mal. Cuando persiste la paralisis sintomática, ¿se la deberá combatir con los escitantes locales capaces de despertar la motilidad? Durante mucho tiempo se ha respondido á esta cuestion por la afirmativa; pero hoy que la anatomia patológica ha ilustrado tanto la historia de las enfermedades del sistema nervioso, no es ya permitido recurrir á semejante tratamiento, á no ser en casos muy raros, y cuando se ha adquirido la certidumbre de que han dejado de existir los desórdenes materiales; pues ya se dejan conocer los peligros que tendria una medicacion estimulante en la paralisis sintomática de una hemorragia ó de un reblandecimiento, que no se hubieran cicatrizado completamente. Aun en el caso de haberse verificado esta cicatrizacion, pocas veces vuelven á presentarse en las partes el movimiento y la sensibilidad, pues no pueden restablecerse las funciones donde un trabajo morboso y sus productos (quiste, cicatriz, induracion, etc.), reemplazan al tejido del órgano. Cuando disminuyen la anestesia y la pérdida del movimiento, y propende á verificarse la curacion, se puede escitar la inervacion central y periférica con algunas precauciones. Al médico toca distinguir con habilidad estos diversos casos, y formar las indicaciones terapéuticas que haya que satisfacer.

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA.—Algunos autores modernos han tenido la pretension de probar, que la paralisis se habia considerado hasta estos últimos tiempos como una enfermedad independiente de toda lesion material de los órganos. Pero basta abrir las obras de la escuela hipocrática, de Celso y de Galeno, para convencerse de que atribuian muchas veces las paralisis á las lesiones cerebrales (V. APOPLEGIA, *histor. y bibliogr.*), y que sus sucesores no han hecho mas que desarrollar esta opinion, apoyándola en los datos que les ha suministrado una observacion mas severa é ilustrada. Boerhaave indica en sus escritos (*Prælectiones academicæ de paralysi*;—*Aphor.*, t. III, *de Paralysi*), las principales condiciones morbosas que pueden engendrar las paralisis. A F. Hoffmann se debe una mencion muy exacta de las paralisis, que se presentan como síntoma de una hemorragia cerebral. No haremos mas que recordar los nombres de Valsalva, Brunero, Wepfer, Morgagni, etc., cuyos inmortales trabajos de localizacion brillan con tanto esplendor en la historia de las paralisis; pues no podriamos decir lo que se debe á estos ilustres autores, sin entrar en la historia de la apoplegia, y de las enfermedades del cerebro (véase estas enfermedades). Es de sentir que no se encuentre en los tratados recientes una descripcion general de la paralisis. En muchos de ellos se la considera de un modo confuso como enfermedad distinta; pero no se la ha estudiado como á tantos otros síntomas, que nos da á conocer la semeiologia en sus relaciones con las causas y los signos diagnósticos y pronósticos; cuyo vacio hemos procurado llenar con los materiales que hemos reunido para redactar nuestro artículo» (MONNERET y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 296-309).

ARTICULO III.

De la paralisis de la cara.

»Puede la cara estar completamente paralizada *á la vez que otras partes del cuerpo* en gran número de enfermedades del encéfalo y

sus cubiertas; pero no debemos ocuparnos aqui de esta alteracion, cuyo estudio pertenece á la historia de la paralisis considerada en general y á la descripcion de cada una de las afecciones de los órganos encefálicos (v. *Apoplegia*; *Enfermedades del cerebro*, *encefalitis*, *meningitis*, etc.); y solo trataremos en este artículo de la *paralisis limitada á la cara, que resulta de una alteracion local de los nervios que se distribuyen por esta region.*

»Considerada de este modo la enfermedad que nos ocupa, puede estudiarse de una manera general, por lo que toca á sus causas próximas ó mediatas y á su tratamiento; pero deben establecerse divisiones importantes relativamente á sus síntomas y asiento anatómico. Berard (*Dic. de méd.*) y otros muchos autores, fundan estas divisiones en la teoria fisiológica de Bell, describiendo paralisis del movimiento y de las sensaciones, y otras en que estan abolidas estas dos facultades; pero este órden no nos parece bastante riguroso, porque tiene el inconveniente de suponer demostradas opiniones que se hallan todavía muy lejos de estarlo, y no comprende por otra parte todos los hechos que posee la ciencia en la actualidad. Observaciones numerosas prueban ademas, que es raro que la paralisis se halle limitada á una sola facultad; pues muchas veces en las paralisis del movimiento está disminuida ó abolida la sensibilidad y recíprocamente; y aun no pocos autores sostienen que siempre sucede asi. Preferimos, pues, tomar por base de la division el asiento anatómico de la enfermedad, y describiremos: 1.° *la paralisis del sétimo par*; 2.° *la del quinto*; 3.° *la que afecta estos dos troncos á la vez.* Despues diremos algunas palabras sobre: 4.° *la paralisis del nervio motor ocular comun*, y 5.° *la del motor ocular esterno.* Los síntomas son siempre bastante característicos para dar á conocer cada una de estas formas de la paralisis facial, cualesquiera que sean las opiniones fisiológicas del observador y los fenómenos que aparezcan en oposicion con ellas.

»Alteraciones anatómicas.—Las alteraciones que se encuentran en los nervios de la cara afectados de paralisis son, ora primitivas, ora consecutivas: en el primer caso la enfermedad es idiopática, y en el segundo sintomática, refiriéndose á lesiones muy diversas, que indicaremos entre las causas patológicas que pueden determinar la paralisis de la cara: aqui solo mencionaremos las alteraciones de los mismos cordones nerviosos.

»Ora sean estos órganos los únicos que se hallen alterados, habiéndose conservado perfectamente sanas las partes circunyacentes, ora se haya manifestado al principio la alteracion en estas partes, propagándose despues á los nervios, las causas anatómicas mas frecuentes de la paralisis de la cara son: la inflamacion, el reblandecimiento, la hinchazon, la atrofia, la compresion, las degeneraciones orgánicas, y por ultimo, la seccion mas ó menos completa. Conviene tener presente, que el nervio facial se altera con frecuencia en su conducto huesoso, sobre todo en el acueducto de Falopio (Serres, *Anat. comparée du cerveau*, t. I, p. 454), y que es frecuentemente muy difícil averiguar estas alteraciones al través del peñasco.

»Boerhaave (*Prælect. de morb. nerv.*, t. I, p. 61) dice que cuando se inflaman los nervios, se hallan comprimidos por el neurilema, de donde resulta la paralisis á causa de que esta vaina es inestensible. Montault (*Diss. sur l'hemiplegie faciale*, tés. de París, 1831, n.° 300, p. 21-23) cree que esta esplicacion es la que debe adoptarse en la mayoria de los casos, siempre que la enfermedad no reconozca por causa una lesion orgánica ó traumática, y que entonces se halla alterado el nervio como en la neuritis. Gama ha visto el nervio facial inflamado y desorganizado en el conducto auditivo; Serres un reblandecimiento con atrofia de la porcion ganglionar del trigémino; Friedrich, Brunninghausen y Muller (*Huffeland's journ.*, bd. XIV, p. 92), un engrosamiento de la vaina nerviosa; Berard (art. cit.) disecó un tumor encefaloideo, en el que habia desaparecido el nervio facial; y Bottu Desmortiers (*Recherches sur quelques alterations locales du nerv. facial*, tés. de París, 1834, n.° 365, p. 11) ha encontrado este nervio sano en su orígen, y presentando al nivel de su entrada en el conducto auditivo interno un tumor, que parecia desarrollado á espensas de su tejido, del volúmen de una avellana pequeña y de una consistencia escirrosa, en cuyo interior no se percibia vestigio alguno de filamentos nerviosos. Dupuytren ha visto transformado en cáncer el trigémino sobre el peñasco, igualmente que el nervio facial (Breschet, *Dic. de méd.*, art. Cancer). La atrofia y la compresion son casi siempre producidas por alteraciones desarrolladas en las partes inmediatas á los ramos nerviosos. La seccion es el resultado de una inflamacion primitiva ó consecutiva de los nervios, ó bien de una causa traumática.

»Cuando la paralisis está limitada á los ramos nerviosos mas superficiales, es comunmente idiopática, y no puede comprobarse por el escalpelo en el tejido nervioso ninguna alteracion apreciable.

»Pasemos ahora á estudiar las formas de paralisis que dejamos establecidas.

»A. *Paralisis del nervio facial.*—El nervio facial se afecta de paralisis con mucha mas frecuencia que los demas de la cara, lo cual debe atribuirse al trayecto que sigue; pues las partes que recorre son mas frecuentemente asiento de alteraciones, que se estienden hasta la porcion dura del sétimo par.

»La invasion de la enfermedad varia segun la causa que la ha producido. Cuando la alteracion del nervio es consecutiva y resulta de una caries del peñasco, de la presencia de un tumor desarrollado en las inmediaciones de este tronco nervioso, en una palabra, de una

compresion lenta y gradual á que se halle sometido, no se nota al principio mas que un poco de dificultad en los movimientos, sobre todo en los de los párpados y labios (Pichonniere, *De la paralysie partielle de la face*; París 1830, p. 22); y la paralisis se establece poco á poco, siendo precedida de los síntomas que caracterizan la afeccion de que depende. La invasion es repentina y la paralisis instantánea, cuando es idiopática la enfermedad, producida por la impresion del frio, por una causa traumática, la fractura de la apófisis petrosa, ó por una compresion repentina.

»Si la paralisis del nervio facial es inflamatoria, procedente de una neuritis primitiva ó consecutiva, va á menudo precedida de un infarto flegmásico de la megilla (Bottu-Desmortiers, loc. cit., p. 21), de fiebre, de cefalalgia y de dolores mas ó menos agudos y lancinantes, que tienen su asiento en las regiones parotidea, temporal y auricular. Uno de nosotros ha visto un caso en que acompañaron dolores muy vivos á la invasion de una paralisis facial, que se manifestó de repente y sin causa conocida al sesto dia de un sarampion regular.

»La existencia de estos dolores ha dado orígen á discusiones muy animadas y á interpretaciones muy diversas. Unos los refieren á las divisiones del nervio facial, deduciendo de aquí que el sétimo par es sensible; y otros pretenden que tienen su asiento en los ramos del trigémino que acompañan á los de aquel; pero estas opiniones contradictorias solo ofrecen alguna importancia en la historia de la neuralgia de la cara (v. Neuralgia de la cara).

»De cualquier modo que haya empezado la paralisis, hé aquí los síntomas que se observan en el caso de haberse hecho completa y estensiva á todos los ramos del sétimo par de nervios, en términos de constituir una *hemiplegia facial*. Seguiremos en su enumeracion el órden anatómico á ejemplo de Berard.

»Los movimientos del pabellon de la oreja, que son naturalmente poco pronunciados en el hombre, quedan abolidos; la frente esta inmóvil en la mitad correspondiente al nervio enfermo, y las arrugas transversales de que se hallaba antes habitual ó accidentalmente surcada, no pueden ya formarse en esta mitad, y se detienen en medio de la frente: Berard ha observado constantemente esta disposicion. La ceja se presenta deprimida y no puede acercarse á la del lado opuesto; el músculo orbicular de los párpados deja de contraerse, y la oclusion de estos velos protectores del globo del ojo es imposible ó incompleta; el párpado inferior se invierte ligeramente, y el superior al contrario se halla retraido por el músculo elevador, cuya accion no está ya contrabalanceada por la de su antagonista. Esta separacion permanente de los párpados, produce muchos fenómenos; las lágrimas no lubrifican con igualdad el globo del ojo, dejan de ser absorvidas por los puntos lagrimales, que no tienen una direccion conveniente, y corren por la mejilla; el ojo se irrita é inflama; la conjuntiva se inyecta; la córnea se pone á veces opaca; y durante el sueño ó cuando el enfermo quiere cerrar los ojos, se dirige hácia arriba y adentro el globo ocular, de modo que no se ve mas que lo blanco de este órgano (Montault, tés. cit., página 15). Dícese que esta paralisis del músculo orbicular de los párpados es constante en la hemiplegia facial; sin embargo, Billard refiere un hecho en que el párpado superior habia conservado todos sus movimientos. Berard opina que en este caso no estarian destruidos los filamentos palpebrales del nervio facial; pero no puede aceptarse esta esplicacion, porque Billard dice formalmente, que el sétimo par habia sufrido á su salida del agujero estilo-mastoideo, una pérdida de sustancia de una longitud igual á la anchura de la escotadura parotidea (*Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. VI, página 347). Pichenniere cree que este hecho solo puede esplicarse admitiendo una anomalia en la distribucion de los ramos del nervio facial.

»La punta de la nariz se dirige hácia el lado sano; la piel se arruga en la mitad de este órgano correspondiente al lado enfermo; la ventana de la nariz se halla deprimida, no se dilata durante los movimientos respiratorios, y á veces se deprime en términos de dificultar la respiracion. Un marinero, cuya observacion se halla inserta en el *Journal des progrés* (t. VI, p. 15), se veia obligado, cuando se acostaba del lado sano, á mantener abierta con los dedos la ventana de la nariz opuesta, á fin de poder respirar con libertad.

»La mejilla está flácida, colgante, y aplicada contra los arcos dentarios, entre los cuales se encuentra á veces pellizcada, dilatándose de un modo pasivo, por decirlo así, durante la espiracion, ó cuando el enfermo quiere pronunciar una palabra con *énfasis*. Los alimentos se acumulan entre los arcos dentarios y la mejilla, siendo necesaria la intervencion del dedo ó de la lengua para sacarlos, ó para sostener esta parte durante la masticacion (Bottu-Desmortiers, tés. cit., p. 25). El músculo bucinador está siempre completamente paralizado segun la opinion de ciertos autores; pero Jobert, cuyas opiniones relativamente á las funciones del sistema nervioso hemos dado ya á conocer (v. *neuralgias de la cara*), cree por el contrario que nunca se halla privado enteramente de contracciones, á causa de un *filamento bucal que le suministra el trigémino* (*Etudes sur le systeme nerveux*, t. II, p. 683). El músculo masetero conserva ordinariamente toda su contractilidad; no obstante de que se ha visto algunas veces que era menor su energía (Bottu-Desmortiers).

»La boca presenta una desviacion poco marcada en el estado de quietud, pero muy visible en todos los actos que ponen en juego la accion de los músculos que se insertan á las comisuras de los labios, estando la que corres-

ponde al lado sano retraida hácia arriba y afuera, y la otra deprimida y aproximada á la línea media: «Esta desviacion con movimiento de váscula depende de que la contraccion de los músculos bucinadores, zigomáticos y elevadores del labio superior, no se ejerce mas que en una mitad de la cara» (Bottu-Desmortiers, loc. cit., p. 24). La comisura enferma permanece muchas veces entreabierta, á causa de la paralisis de la mitad correspondiente del orbicular de los labios, ó no se cierra sino imperfectamente; no puede retener el aire; se escapa este fluido, y es imposible la accion de soplar ó silbar; á cuya causa debe igualmente atribuirse la baba que arrojan continuamente algunos enfermos por la boca, y el flujo de saliva que se manifiesta en otros cuando quieren hablar. «Es imposible, dice Berard, todo movimiento voluntario ó involuntario de la mitad de los labios correspondiente al lado paralítico, sea cualquiera el acto en que haya de tomar parte la contraccion de la boca.» C. Bell habia dicho al principio, que los labios paralizados en cuanto á la *espresion*, no lo estaban por lo tocante á la *masticacion;* pero los esperimentos de Mayo han demostrado hasta la evidencia que no sucede asi. La paralisis de los labios dificulta ó imposibilita la pronunciacion de las vocales, de las consonantes labiales, la espuicion y la masticacion: algunos enfermos tienen que hacer esfuerzos estraordinarios para hablar.

«Nunca se halla la lengua paralizada» dice Bottu-Desmortiers; sin embargo, Berard, Jobert y otros muchos observadores, han notado la desviacion de este órgano en el mismo sentido de la paralisis de la cara; cuyo fenómeno se esplica por el filamento que envia el nervio facial al músculo estilo-gloso.

»Montault vió en un caso paralizada la campanilla, y dirigida hácia el mismo lado que la cara (loc. cit., p. 15); esplicando este hecho por la comunicacion que existe entre la cuerda del tambor y el ramo lingual del trigémino.

»La parte superior del músculo cutáneo está muchas veces paralizada.

»Comunmente se hallan intactos los sentidos en la paralisis del nervio facial; no obstante, en los hechos reunidos por Montault, se vé que en tres casos estaba el gusto, si no abolido, á lo menos pervertido en el lado de la lengua correspondiente á la paralisis, y que en otros muchos se hallaba abolida ó perturbada la audicion, existiendo con bastante frecuencia zumbidos de oidos muy incómodos. No basta la comunicacion entre la cuerda del tambor y el quinto par, para esplicar estos hechos de un modo satisfactorio. Grisolles ha observado debilidad de la vista y del olfato (*Presse médicale*, 1837, n.° 32).

»Bell y todos los que han adoptado sus opiniones relativamente á las funciones que desempeña el sétimo par, aseguran que en la paralisis de este nervio se conserva la sensibilidad en las partes afectadas: Berard confiesa no obstante, que existe á veces una sensacion de estupor. En el caso referido por Grisolles, el enfermo atacado de una paralisis facial, á causa de un tubérculo que ocupaba el conducto auditivo interno en la estension de cuatro líneas, presentaba una insensibilidad completa de la conjuntiva. Jobert ha encontrado que la sensibilidad se hallaba siempre, si no abolida, al menos disminuida (loc. cit., p. 684). Nos limitaremos tan solo á mencionar estas opiniones contradictorias, porque se refieren á sistemas fisiológicos que no podemos discutir aqui.

»Montault ha visto algunas veces que el lado de la cara paralizado presentaba un poco de tension, hinchazon, edema y rubicundez. Cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, acaban los músculos por atrofiarse. En un enfermo observado por Bell, «estaba la mejilla tan delgada, que cuando hablaba se movia esta parte de la cara como si no constara mas que de la piel; los músculos superciliar y occipito-frontal se hallaban tan estenuados, que á primera vista hubiera podido creerse que se habian estraido por una operacion, y que los huesos estaban cubiertos únicamente por la piel. No puede dudarse, dice el fisiólogo inglés, que la atrofia de los músculos procedia de su larga inactividad; puesto que el masetero y el temporal del mismo lado, que continuaban desempeñando sus funciones, no habian perdido nada de su volúmen, y tenian tanto vigor como los del lado opuesto» (*De la structure et des fonctions des nerfs*, trad. de Genest; París, 1825, p. 91).

»Los síntomas que acabamos de enumerar imprimen al conjunto de la cara, es decir, á la *fisonomia*, un caracter muy particular, y que varia segun que el enfermo se halle en quietud ó quiera ejecutar algun movimiento.

»En el primer caso, la cara no es simétrica; la boca está oblícua; el lado paralizado carece de toda espresion, y contrasta, por su inmovilidad, con el opuesto. «He observado tambien, dice Berard, que no parecen ya colocados en un mismo plano los dos lados de la cara; pues la mitad paralizada se adelanta un poco mas que la sana; la cual se presenta como encogida, arrugada y escondida detrás de la otra, pareciendo tener menos estension vertical que la mitad enferma. En esta última las facciones estan mas de manifiesto y mas abierto el ojo, que parece tambien de un volúmen mayor que el del lado contrario. De aqui procede que se encuentra á primera vista alguna dificultad en reconocer las personas que padecen una hemiplegia de la cara; porque la atencion del observador se dirige naturalmente á la mitad de este órgano que se halla mas abultada, y cuyas dimensiones son mayores; la cual, desfigurada por la paralisis, ofrece al que la mira facciones que le son completamente desconocidas; de modo que para encontrar la espresion familiar del sugeto, es preciso buscarla en la pequeña mitad del órgano que pa-

rece ocultarse detrás de la otra» (art. cit.). No obstante, este estado es generalmente poco manifiesto, y muchas veces no se le nota de pronto; pero se hace por el contrario muy pronunciado cuando habla ó rie el enfermo. «A primera vista, cuando se examina á este hombre, dice C. Bell, hablando de uno de sus enfermos, no se percibe nada de particular en su fisonomia; pero al momento que habla ó que se sonrie, se retrae la boca hácia el lado izquierdo; si la risa es mas fuerte, la distorsion es tambien mayor, y cuando estornuda, la diferencia que hay entre los dos lados es sumamente considerable» (loc. cit., p. 84).

«Muchas veces no conocen los enfermos por sí mismos la alteracion de su fisonomía. «Ignoraba completamente todos estos cambios, dice Bell, hablando igualmente de uno de sus enfermos, y no conocia los gestos que al sonreirse hacia su cara, siendo su padre el que se lo advirtió.»

»Las funciones generales no estan comunmente alteradas; no hay fiebre ni trastorno alguno por parte del cerebro, á menos que, como en el caso referido por C. Bell (loc. cit., página 85), haya sido ocasionada la paralisis por una parótida, una otitis, etc.; pues entonces se observan algunos fenómenos, que varian segun la naturaleza de la afeccion primitiva.

»Curso. — Duracion. — Terminacion. — La paralisis facial idiopática empieza por lo comun de repente, como ya hemos dicho, y llega con rapidez á su mayor intensidad, sin que decline jamás sino con lentitud; otras veces procede esta afeccion de tan varias lesiones del nervio facial, que no se le puede asignar un curso regular.

»La duracion varia mucho, y es relativa á la causa que ha producido el mal. Dura este toda la vida en los casos en que depende de una destruccion total ó parcial, de una atrofia ó de una degeneracion del sétimo par de nervios, de un tumor que deba respetarse, etc. La paralisis idiopática puede durar desde quince dias hasta seis meses y aun mas. Montault refiere la observacion de un jóven, que conservaba todavía alguna desviacion de la boca al cabo de diez y ocho meses.

»La paralisis idiopática no compromete nunca la vida del enfermo, y termina felizmente al cabo de un tiempo mas ó menos largo. «En todos los enfermos que han sucumbido, dice Bollu-Desmortiers, se ha debido la muerte á una enfermedad coexistente.»

»Diagnóstico. — Como algunas veces va acompañada la paralisis de la cara de dolores mas ó menos agudos, y por otra parte suele la prosopalgia determinar en ciertos casos la distorsion de este órgano, se han podido confundir estas dos enfermedades. Berard cita un ejemplo de semejante error, en el cual se aconsejó á un jóven atacado de una paralisis de la cara, la seccion de la porcion dura del sétimo par, para curar la neuralgia de este nervio de que se le creia afectado: ya se deja conocer que este era el medio de hacerla incurable. Para los que admiten la existencia de la neuralgia del facial, la intensidad é intermitencia de los dolores distinguirán esta afeccion de la paralisis; y ademas, en aquella el lado enfermo en vez de hallarse inmóvil, está agitado por movimientos convulsivos, y las facciones aparecen desviadas hácia el mismo: no se comprende que hayan podido desconocerse caractéres diferenciales tan marcados. Estos mismos signos y el trayecto que siguen los dolores, no permiten confundir la neuralgia del trigémino con la hemiplegia facial.

»En la paralisis del quinto par la pérdida de la sensibilidad es completa, la mandíbula está péndula hácia el mismo lado á causa de la paralisis de todos sus músculos elevadores; mientras que el ala de la nariz, el orbicular de los párpados, el superciliar y el frontal, conservan por el contrario sus movimientos. No se comprende de modo alguno el error de diagnóstico que cometió un cirujano, que consultado por una persona cuyas facciones habian perdido completamente su regularidad de resultas de una paralisis de la cara, creyó que para restablecer el equilibrio entre ambos lados del órgano, era preciso cortar en el sano los nervios sub-orbitario, supra-orbitario y el maxilar inferior á su salida del agujero mentoniano (C. Bell, loc. cit., p. 106).

»Suponiendo reconocida ya la paralisis del sétimo par, es necesario todavía determinar su causa próxima; en lo cual pueden presentarse dificultades bastante considerables. Cuando la enfermedad empieza repentinamente, puede creerse, y aun algunos prácticos sostienen que siempre sucede asi, que depende de una hemorragia cerebral. Sin embargo, no se comprende que en todos los casos, por ejemplo, en que resulte la paralisis de la impresion de un aire frio en la mejilla, produzca este fenómeno constantemente un derrame circunscrito y siempre en la misma parte del lóbulo cerebral opuesto. En los casos en que la paralisis se manifiesta de un modo gradual, puede creerse que es efecto de un reblandecimiento del cerebro.

»En una y otra circunstancia, si la paralisis de la cara va acompañada de la de los miembros y la lengua, de la pérdida de la memoria ó de una alteracion cualquiera de las facultades intelectuales, no puede ponerse en duda la existencia de una lesion cerebral; pero en los casos, escesivamente raros, en que se ha podido formar en un punto del encéfalo un derrame ó un reblandecimiento bastante limitados, para no producir mas que la paralisis del nervio que nos ocupa, seria dificil distinguir los síntomas que corresponden á semejante lesion, de los que produce una alteracion local del sétimo par de nervios (Berard, art. cit.). Asi en este caso, como cuando no se manifiesta la paralisis repentinamente bajo la influencia de una cau-

sa conocida, solo observando con atencion el curso de la enfermedad y los síntomas que la acompañan, es como puede llegarse á formar un diagnóstico satisfactorio.

»PRONÓSTICO.—El pronóstico es generalmente favorable en la hemiplegia facial idiopática, pues la mayor parte de los enfermos se curan al cabo de cierto tiempo; pero cuando la paralisis es sintomática, su gravedad es relativa á la afeccion que la produce.

»COMPLICACIONES.—La paralisis facial puede complicarse con la neuralgia del trigémino, puesto que una misma causa (*impresion de un aire frio*) es susceptible de determinar al propio tiempo ambas afecciones. Bottu-Desmortiers refiere dos ejemplos de esta complicacion, que es fácil de reconocer. No mencionaremos de modo alguno como complicaciones, las diversas enfermedades que pueden ocasionar la hemiplegia de la cara.

»VARIEDADES.—El profesor Pablo Dubois ha observado y descrito en sus lecciones una hemiplegia facial, que sobreviene en los recien nacidos á causa de la aplicacion del forceps. Landouzy describe cuidadosamente los caractéres de esta variedad de la paralisis del sétimo par en su tésis inaugural, de la que copiamos lo que va á leerse; debiéndose observar, sin embargo, que este trabajo se apoya únicamente en cuatro casos.

»Los síntomas de la hemiplegia facial se manifiestan inmediatamente despues del nacimiento, en el instante en que da el niño sus primeros gritos; el ala de la nariz parece menos abierta y movible que la del lado sano; los párpados de la parte enferma estan abiertos mientras que se hallan cerrados los del lado sano; y toda una mitad de la cara parece retraida hácia la otra, cuya deformidad imprime á la fisonomía el aspecto mas estraño.

»Esta alteracion de la cara, muy notable cuando el niño grita ó llora, desaparece casi completamente en el estado de quietud: «Asi que cesan los lloros y que vuelve la cara á tomar su calma completa, la diferencia, que dependia especialmente de la falta de equilibrio entre los dos segmentos del orbicular de los labios, desaparece tambien enteramente; y si el ojo del lado sano se halla abierto, queda únicamente una deformidad tan ligera, que es casi imposible reconocerla. Esta notable diferencia que hay entre los fenómenos que presenta la enfermedad en el estado de reposo y en el de agitacion de la cara, debe tenerse en cuenta, añade Landouzy, porque en el adulto es incomparablemente menor.

»La campanilla y la lengua jamás estan desviadas al parecer; y á pesar de la falta de oclusion de los párpados, no existe ni epífora ni inflamacion de la conjuntiva ocular, «ya sea porque la rotacion que imprimen al ojo los músculos oblícuos, lo ponga en parte á cubierto de las influencias esteriores, ó ya mas bien, porque hallándose el niño sustraido en su cuna á los efectos de la luz, no tenga este órgano tanta necesidad de ser lubrificado por las lágrimas, ó protegido por los párpados.»

»El curso de la enfermedad es mucho mas rápido, y los accidentes desaparecen espontáneamente en el espacio de algunas horas á dos meses: el mismo dia del nacimiento ó algunos despues, disminuyen insensiblemente los fenómenos de la hemiplegia; al cabo de ocho ó diez dias poco mas ó menos se equilibran los músculos del lado paralizado con los que corresponden al opuesto en los movimientos poco estensos, y por último se hace completa la curacion.

»El diagnóstico resulta del atento exámen de todos los fenómenos morbosos; pues «aunque no conozco en la ciencia ningun ejemplo de hemiplegia de los recien nacidos producida por otra causa que la que he señalado, dice Landouzy, se deja no obstante conocer, que cualquiera otra análoga puede igualmente ocasionarla. Ni aun pretendo que en todos los casos de hemiplegia facial que sobrevienen inmediatamente despues del nacimiento en un niño estraido con el forceps, deba atribuirse por necesidad la lesion funcional á la accion del instrumento.» Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos, aunque el forceps no haya dejado ninguna señal en la cabeza del niño, puede afirmarse que este instrumento ha comprimido el sétimo par y causado la paralisis, cuando esta se manifiesta inmediatamente despues del parto, y ocupa únicamente los músculos en que se distribuye el nervio facial, sin que haya lesion de la sensibilidad ni desviacion de la lengua ó de la campanilla, estando íntegros todos los sentidos, y no existiendo ninguna otra paralisis en lo restante del cuerpo.

»El pronóstico es siempre favorable (Landouzy, *Essai sur l'hemiplegie faciale chez les enfants nouveau nés*; tésis de París, 1839).

»No es completa la paralisis del sétimo par, cuando el tronco de este nervio ha permanecido intacto, y la lesion está limitada á algunos filamentos esternos; en cuyo caso se observan, en lugar de una hemiplegia de la cara, paralisis parciales circunscritas á las partes en que se distribuyen los ramos interesados: estas lesiones son comunmente producidas por causas traumáticas. A consecuencia de la estirpacion de un tumor de la mejilla, resultó que un cochero no pudo ya silbar á sus caballos; y una operacion semejante, que se practicó un poco mas arriba, determinó la paralisis del músculo orbicular de los párpados (C. Bell). No nos detendremos en describir todas las variedades que pueden presentar las paralisis parciales con respecto al sitio que ocupan; pues el conocimiento anatómico de la distribucion del nervio facial basta para determinar el asiento de la enfermedad, teniendo en cuenta los músculos paralizados.

»B. *Paralisis del quinto par.*—SÍNTOMAS.—

La paralisis del trigémino, lo mismo que la del sétimo par, puede manifestarse de un modo repentino ó graduado; en cuyo último caso, si depende de una inflamacion ó de una compresion lenta, va precedida de dolores muy agudos, que no cesan hasta que la alteracion del nervio se halla bastante adelantada, ó la compresion es tan fuerte, que suspende las funciones de este órgano.

»Cuando la lesion afecta el tronco del quinto par en la cavidad del cráneo, ó interesa no solo la porcion gangliónica, sino tambien las dos pequeñas raices blancas que pasan por debajo de esta y salen con el nervio maxilar inferior por el agujero oval del esfenóides, se observan algunos fenómenos morbosos relativos á la doble funcion del trigémino, que es como todos saben un nervio de sensacion y de movimiento.

»El lado enfermo de la cara está privado de toda sensibilidad; pudiéndose pinchar la piel hasta que dé sangre, y tirar de los pelos que la cubren, sin que esperimente el enfermo ningun dolor: la misma alteracion se observa tambien en las membranas mucosas; pues la conjuntiva, la que tapiza las fosas nasales, los labios y la boca, estan completamente insensibles; y se los puede titilar y pinchar impúnemente. En un enfermo observado por Serres (*Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. V, p. 629), era tal la insensibilidad de la conjuntiva, que podia pasarse entre los párpados y el globo del ojo las barbas de una pluma, sin que lo sintiese el enfermo; la nariz estaba igualmente insensible á la introduccion de cuerpos estraños, y la aplicacion del sulfato de quinina en la mitad correspondiente de la lengua no ocasionaba impresion alguna. C. Bell refiere, que habiendo dado un vaso á un enfermo, dijo llevándoselo á la boca, que estaba roto; y que en otro era aun mas pronunciada la pérdida de la sensibilidad del contorno de la boca, pues no podia sostener un pincel ó una pipa en la comisura correspondiente al lado enfermo de este órgano.

»Las membranas propenden á reblandecerse, la córnea se pone opaca, y al fin se vacia el globo ocular (Jobert, loc. cit., p. 690). En el enfermo observado por Serres estaban las encias blandas, fungosas, negruzcas, desprendidas de los huesos, y se habia notado sucesivamente inflamacion del ojo, coartacion de la pupila, opacidad de la córnea y pérdida de la vista; hallándose tambien afectado de una dureza muy considerable el oido del lado enfermo.

»Los músculos de la frente, de los párpados, de la nariz y de los labios, conservan sus movimientos; mientras que los músculos bucinador, temporal, masetero y terigoideos, se hallan mas ó menos completamente paralizados; la mandíbula está deprimida y desviada hácia el lado enfermo por la contraccion de los músculos terigoideos del lado sano, y durante su elevacion permanecen blandos y flácidos los elevadores de la parte paralizada.

»La espresion de la fisonomía del lado enfermo está disminuida.

»Muchos autores han dicho que los síntomas de la paralisis del quinto par no son siempre los que acabamos de describir. Se ha pretendido que en esta afeccion podia por una parte conservarse la sensibilidad mas ó menos completamente, y estar por otra paralizados los músculos de los párpados, de los labios y de la mejilla. En un caso que refiere Dugés de paralisis parcial derecha, producida por una inflamacion del trigémino, se habia conservado la sensibilidad: «No podria depender esta circunstancia, dice el autor, de la integridad del nervio facial, cuyo órgano, contra la opinion de C. Bell, fuera sensitivo y motor al propio tiempo?» (*Révue medicale*, abril 1825). Fundándose Gama en un hecho muy interesante, ha procurado demostrar que la lesion del trigémino puede dar lugar á los síntomas de la hemiplegia de la cara. En el caso á que se refiere este médico, la boca se hallaba desviada, y la mejilla flácida y péndula.

»Las dos observaciones que acabamos de mencionar, no son bastante concluyentes, para que puedan en su vista atribuirse á una lesion del trigémino síntomas que no estan en relacion con las funciones bien conocidas de este nervio.

»Cuanto hemos dicho del curso, duracion y terminaciones de la paralisis del sétimo par, puede aplicarse igualmente á la del quinto.

»Diagnóstico.—Pronóstico.—La pérdida de la sensibilidad, las alteraciones de los órganos de los sentidos, la paralisis de los músculos elevadores de la mandibula inferior, y la conservacion de los movimientos en los de la frente, párpados y labios, son signos que no permiten desconocer la paralisis del trigémino. La investigacion de la causa anatómica de la enfermedad está basada en las consideraciones que dejamos establecidas mas arriba. El pronóstico tampoco presenta nada de especial.

»Variedades.—Puede la paralisis limitarse á la porcion ganglionar del trigémino, ó por el contrario, á sus ramos motores: en el primer caso se observa la pérdida de la sensibilidad y las alteraciones de los sentidos; pero los movimientos de la mandíbula permanecen íntegros: en el segundo, se hallan estos por el contrario abolidos, mientras que no existen los demas síntomas. Por último, puede circunscribirse la paralisis á un solo ramo del trifacial, y se conciben fácilmente los fenómenos que deben corresponder á la lesion de cada uno de sus filamentos.

»C. *Paralisis simultánea del quinto y sétimo par.*—Cuando una lesion cualquiera ha comprometido á un mismo tiempo la integridad de los troncos de los pares quinto y sétimo de nervios cranianos, se observa la reunion de los síntomas que corresponden á la paralisis de

cada uno de estos órganos. Dugés (*Revue médicale*, abril, 1829), Mayo (*Journ. de physiologie experim.*, t. ILV, p. 356); Jobert y Cazenave (*Bull. de la Societé anatomique*, n.º 17), y Montault (*Journ. de la Societé de méd. de Paris*, t. CVIII, p 29), refieren algunos hechos de este género; y C. Bell menciona igualmente dos en su obra (loc. cit., p. 96), á la que pueden acudir los que quieran enterarse de mas pormenores, si bien estos nada ofrecen de particular.

»Por último, pueden encontrarse reunidas en un mismo individuo diferentes paralisis parciales del quinto y sétimo par; cuyos síntomas varian entonces segun los ramos nerviosos que se hallan interesados; pero está comprendida su descripcion en el cuadro general que hemos trazado.

»D. *Paralisis del tercer par de nervios craníanos.*—Jobert, en una de sus obras que ya hemos citado en este articulo, consagra un artículo á la paralisis del nervio motor ocular comun, que en general se supone ser sintomática, aunque existe muchas veces sin lesion anatómica de los nervios.

»Los síntomas que produce esta afeccion son muy simples y fáciles de concebir: los músculos (*elevador del párpado superior, oblícuo menor, recto interno, recto superior*) en que se distribuye el tercer par, se hallan paralizados. No siendo ya contrarestada la accion del músculo orbicular de los párpados por la de su elevador, se deprime el párpado superior, cubriendo el ojo mas ó menos completamente, sin que le sea posible al enfermo levantarlo, á no ser con la mano; exento de antagonista el músculo recto esterno, tira del globo del ojo hácia su lado; la paralisis de los demas músculos de la órbita hace que este órgano se halle inmóvil, y no permite al enfermo comunicarle ningun movimiento.

»El curso, la duracion y las terminaciones de esta paralisis, nada presentan de particular; el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad, y el pronóstico varia segun las causas que la han determinado.

»E. *Paralisis del nervio motor ocular esterno.*—Solo conocemos un caso de esta afeccion, el cual copiamos de Jobert.

«Un individuo de cincuenta y cinco años de edad entró en el hospital de San Luis, despues de haber padecido por espacio de seis meses dolores de cabeza, que ocupaban todo el lado izquierdo de la misma, particularmente la region anterior, y se propagaban hasta el ojo, el cual se ocultaba detrás de la bóveda orbitaria. La coartacion de los párpados fue seguida de lagrimeo, y algun tiempo antes de sordera del lado izquierdo. El enfermo esperimentaba una sensacion de frio, al mismo tiempo que en las partes enfermas sentia un hormigueo contínuo. A los quince dias de oclusion completa de los párpados, se volvieron á abrir, y se vió entonces desviado el globo del ojo hasta el punto de ocultar las dos terceras partes de la córnea, sin que le fuera posible hacer ningun movimiento hácia el lado esterno; pudiéndose únicamente verificar los de depresion y elevacion, pero en una estension muy corta» (Jobert, *Essai sur le systeme nerveux*, t. II, p. 697).

»Causas.—Las causas que presiden al desarrollo de la paralisis de la cara son siempre unas mismas, cualquiera que sea el sitio anatómico de la enfermedad; y por consiguiente las indicaremos de una manera general. No obstante, como la mayor parte de las observaciones que posee la ciencia se refieren á la paralisis del nervio facial, prevenimos al lector que lo que vamos á decir sobre la etiologia, lo hemos tomado de las monografias consagradas al estudio de la afeccion paralítica del sétimo par.

»A. *Causas predisponentes.*—1.º *Edad.*—De 32 individuos cuya edad se ha observado, 5 tenian de siete á veinte años; 17 de veinte á cuarenta, y 10 de cuarenta á sesenta y cuatro. Ya hemos visto que la paralisis facial podia manifestarse desde la época del nacimiento bajo la influencia de una causa especial.

»2.º *Sexo.*—Kluyskens habia notado que los hombres estaban mas espuestos á padecerla que las mujeres. Montault observó en efecto 33 hombres entre cuarenta casos: es fácil esplicar esta influencia del sexo, y Jobert la atribuye al género de trabajos en que se ocupan con preferencia los hombres.

»B. *Causas determinantes.*—La paralisis de la cara se manifiesta muchas veces de un modo espontáneo, sin que sea posible atribuirla á ninguna causa; y asi sucedió nueve veces entre cuarenta casos recogidos por Montault: pasaremos sin embargo á estudiar las causas que en otras ocasiones parecen determinar su desarrollo.

»A. *Causas higiénicas.*—El frio es una de las causas ocasionales mas frecuentes de la paralisis de la cara, y esta influencia la habia ya notado Franck. «Septem ægrorum meorum, »dice, optima sanitate fruebantur, cum matu»tinis horis lectum deserentes ex fenestris vel »parte illarum (vulgo wast ist das) prospecta»bant, retracto vero mox ob auram frigidam »faciem allidentem, capite, faciei paralysim »adstantibus in cubiculo jam patefaciebant.» Montault fué atacado de una paralisis del sétimo par, por haber viajado en un carruaje público en el que faltaba un cristal, de modo que durante todo el camino habia llevado espuesto el lado derecho de la cara á la impresion de un viento de este. Berard ha visto individuos que la contrajeron por haber dormido en una habitacion fria y mal cerrada, por acostarse en una cama inmediata á una pared cuyo yeso no se habia secado todavía, y tambien por esponerse estando sudando á una corriente de aire norte bastante intensa. Refieren los autores otros muchos casos semejantes.

»B. *Causas fisiológicas.*—Las impresiones morales vivas, como el temor, la cólera y los pesares, pueden al parecer determinar una paralisis de la cara; pues se han visto enfermos que han sido invadidos despues de un acceso de cólera (Andral) y de contrariedades violentas (Bottu-Desmortiers). Bellingeri cita un caso, en que sobrevino la enfermedad á causa del terror producido por el aspecto de una mujer epiléptica; y Franck ha observado un hombre, que la contrajo al escuchar la noticia de que habia muerto su mujer.

»Bottu-Desmortiers (loc. cit., p. 23) ha observado dos veces, que la aparicion de la enfermedad coincidia con la supresion del flujo menstrual: «Una mujer, dice este autor, esperimentaba los síntomas de esta paralisis todos los meses al declinar la luna.»

»C. *Causas patológicas.*—Los tumores situados en el cráneo ó por fuera de esta cavidad y en la region parótidea comprimiendo las ramas nerviosas, los tubérculos del cerebro y del conducto auditivo (Grisolles), las alteraciones orgánicas, la otitis aguda ó crónica y la caries del peñasco (v. OTITIS), determinan con frecuencia varias alteraciones y soluciones de continuidad en los nervios de la cara. Las causas traumáticas (contusiones, heridas por instrumentos cortantes ó punzantes, por armas de fuego (Jobert, Bell), fracturas de los huesos de la cabeza, etc.) producen muchas veces hemiplegias ó paralisis parciales, que pueden asimismo resultar de las operaciones que se practican en la cara (Bell). Ya hemos dicho que la paralisis facial de los recien nacidos es ocasionada por la compresion que ejerce el forceps sobre el nervio facial; se ha visto tambien suceder la paralisis á la retropulsion de un herpes (Montault, loc. cit., p. 18), y se la atribuye igualmente á los vicios artrítico, reumático, venéreo, etc.; pero la influencia de este último órden de causas es muy dudosa.

»Hemos referido 69 observaciones, en las cuales estan especificadas las causas de la paralisis; y de ellas resulta la tabla siguiente, que no deja de ofrecer algun interés con respecto á la frecuencia relativa de los diversos agentes que producen la enfermedad que nos ocupa.

19 veces provino de suprimirse la transpiracion á causa de la impresion del frio.
12 no pudo saberse la causa.
11 por la seccion del nervio en una operacion; caidas, tumores y heridas.
5 por abscesos del oido medio, y de las partes inmediatas al nervio.
4 por una contusion del lado enfermo.
4 por sifilis antecedente ó coexistente.
4 por impresiones morales.
3 por retropulsion de un herpes.
2 por un tumor encefaloideo del cerebro.
2 por un reumatismo antecedente en otras partes del cuerpo.
1 por supresion de las reglas.
1 por tumefaccion de la mejilla á consecuencia de una estomatitis mercurial.
1 por falta de un coriza periódico.

»TRATAMIENTO.—El tratamiento de la paralisis de la cara estriba esencialmente en el conocimiento de la causa que ha producido el mal.

»Es evidente que la paralisis será incurable en los casos en que dependa de una alteracion orgánica, de la seccion completa de un nervio, etc. Cuando es sintomática, la terapéutica debe dirigirse contra la afeccion primitiva; combatiendo el virus venéreo, restableciendo una hemorragia habitual, una enfermedad cutánea, etc., segun las circunstancias. Generalmente hablando, cuando se ha establecido la paralisis de un modo lento y gradual, debe temerse que sean insuficientes los recursos del arte, sobre todo si los primeros remedios no producen ningun alivio: «Si transacto mense »non liberatur patiens, erit pronosticandum »quod non poterit liberari» (Bhasis, *De tortura faciei*).

»Cuando la paralisis aparece repentinamente bajo la influencia del frio, de una impresion moral, ó sin causa apreciable, puede esperarse una curacion bastante rápida con los medios qne pasaremos á indicar.

»En las circunstancias que acabamos de referir, es útil intentar al principio de la paralisis algunas evacuaciones sanguíneas, generales ó locales, y sobre todo estas últimas, favoreciendo su accion con derivativos al tubo intestinal ó á la piel. Si los antiflogísticos no producen ningun alivio al cabo de algunos dias (diez á quince), deberá renunciarse á ellos; recurriendo entonces á las fricciones secas, aromáticas, alcohólicas, hechas con el linimento amoniacal, el aceite de trementina, el de Cajeput, el alcanfor ó la pomada estibiada; á los vejigatorios, fonticulos ó un sedal, aplicados en el trayecto del nervio. Pigeaux curó una paralisis rebelde por medio de muchos moxas colocados sobre las ramificaciones del nervio facial. No obstante, Jobert desecha con razon el moxa, porque produce una pérdida de sustancia, cicatrices deformes, dolores muy agudos, y porque siempre puede reemplazarse con ventaja por el cauterio trascurrente (loc. cit., p. 687). Este último medio ha producido con frecuencia muy buenos efectos en manos del cirujano que acabamos de citar, y nosotros lo consideramos tambien como uno de los mejores que pueden oponerse á la paralisis idiopática de la cara.

»La estricnina, usada de un modo alternativo interior y esteriormente por el método endérmico, á la dosis de 1/10 á 1/5 de grano, ha producido á veces buenos resultados (Lasselongue, *Bullet. médic. de Bordeaux*; Bottu-Desmortiers, lés. cit.).

»La electricidad galvánica, administrada directamente sobre los órganos paralizados por medio de agujas conductoras que se implantan

en ellos, es un medio poderoso, que se ha alabado mas de lo que merece, pero que sin embargo ha producido numerosas curaciones (Pichonniere, Montault, Bottu-Desmortiers, Berard) y no debe descuidarse. El doctor Castara (*Journ. des convaiss. médic.-chirurg.*, diciembre 1835, p. 231) ha curado gran número de hemiplegias faciales, colocando el escitador que conduce el fluido positivo en la cara interna de los labios ó de las mejillas. La electricidad ejerce en general una influencia tanto mas enérgica sobre la contractilidad, cuanto mas reciente es el mal; y sus buenos efectos se notan algunas veces desde la primera aplicacion (Montault). El número de ensayos necesarios para conseguir la curacion no puede determinarse *à priori*; pero varia comunmente de quince á treinta. Es preciso aumentar gradualmente la accion eléctrica, que siempre debe ser proporcionada á la sensibilidad del enfermo y á la de la parte donde obra.

»Pichonniere, Bottu-Desmortiers y Montault han creido notar, que el líquido ácido con que se carga la pila galvánica, ejercia una influencia notable en el resultado del tratamiento, y que ciertos ácidos provocaban especialmente la sensibilidad y otros la contractilidad, perteneciendo el ácido nítrico á los primeros, y el sulfúrico á los segundos. Muy importante seria confirmar esta asercion, que no se halla suficientemente establecida. Uno de los enfermos observados por Bottu-Desmortiers solo sentia el dolor en el polo negativo, cuando se sometia á la gálvano-puntura.

»En los recien nacidos el tratamiento debe ser en el mayor número de casos puramente higiénico, pues la enfermedad desaparece casi siempre espontáneamente al cabo de algunos dias. Deberá al niño acostarse en una cuna colocada de modo que reciba difusamente la luz, cuidando de no echarle de lado, y de no ponerle apretadas las prendas del vestido que cubren la cabeza y el cuello, y procurando evitar ó calmar sus gritos (Landouzy, tésis citada, pág. 27).

»Cuando la paralisis del párpado superior se ha resistido á todos los medios conocidos, debe satisfacerse una indicacion especial; pues oponiéndose la caida de este órgano á la vision, puede ser útil en algunos casos mantenerlo elevado por medio de una pequeña cicatriz; la cual se obtiene practicando con el bisturí, ó mejor con un cauterio enrojecido hasta el blanco, una pérdida de sustancia en su cara esterna; muchas veces hemos empleado con buen éxito este medio paliativo. Conviene sin embargo cuidar mucho de que la pérdida de sustancia no sea demasiado considerable, porque en este caso, elevándose escesivamente el párpado, quedaria el ojo descubierto y llegaria á inflamarse.

»Naturaleza y asiento.—La naturaleza de la paralisis idiopática de la cara ha llamado bastante la atencion de los autores. Considéranla unos como reumática ó venérea, sin que haya nada que pueda justificar tal opinion; y ya hemos visto que otros médicos contemporáneos persisten todavía en pretender que siempre es apoplética. Montault opina, que cuando la enfermedad no reconoce por causa una lesion orgánica ó traumática, es de naturaleza inflamatoria; pero á la verdad no puede pasarse de hacer hipótesis mas ó menos probables sobre la patogenia de una afeccion, cuya etiologia y anatomia patológica se hallan todavía rodeadas de tinieblas.

»Los nervios de la cara son evidentemente el sitio de la enfermedad. Todos ellos estan espuestos; pero el facial la padece con mucho mas frecuencia que los demas. Carecemos de datos satisfactorios para establecer la frecuencia relativa de las variedades de asiento de la paralisis de la cara.

»Franck y Descot aseguran que la enfermedad ocupa con preferencia el lado derecho. De treinta y ocho casos en que podian las causas obrar indiferentemente en ambos lados, Montault la ha observado diez y nueve veces en el derecho y otras tantas en el izquierdo.

»Se ha dicho que la enfermedad era mas grave cuando estaba situada en el lado izquierdo. «Et quando hic morbus est in latere sinis»tro est difficilior» dice Rhasis. Montault hace observar, que en el único caso en que ha visto prolongarse mucho tiempo la enfermedad (diez y ocho meses), ocupaba la paralisis el lado izquierdo. Por nuestra parte no podemos conceder al lado de la cara considerado en sí mismo una influencia, que debe sin duda alguna referirse á la causa que ha producido la paralisis.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos. Historia y bibliografia.—Las opiniones que hemos emitido en el discurso de este artículo han debido ya hacer presentir, que colocamos con Andral la paralisis idiopática de la cara entre las neurosis.

»La paralisis de la cara fué ya observada desde la mas remota antigüedad; pero siempre se la creyó sintomática, confundiéndola bajo diversas denominaciones con otras enfermedades. Hasta nuestros tiempos no se la ha estudiado bajo el punto de vista que la hemos considerado nosotros. Es muy dificil determinar como quiere Montault, si ciertos pasages de Rhasis (*Continens.*, libro I, fol. X), Albucasis (*Chirurg.*, part. I, cap. VII), Galeno (*De locis affectis*), y Areteo (*De signis et causis* etc., lib. II, cap. XII) pueden referirse á la paralisis idiopática. Merece sin embargo citarse el siguiente pasage de Foresto: «Communia sunt »(signa) justa Rhas., oris distortio, et quod »unum oculum claudere non valeant, et si præ»cipias ut sufflent, flatus ab una parte exire vi»detur: faciei pars ægra est inflata ob mate»riem replentem... ex latere effluit saliva vel »sputum. Torsio labiorum, superciliorum et »unius oculi major occlusio... signa tamem ali-

»quando sunt occulta in principio vel con»tractionis vel resolutionis cum facie recta se»cundum situm sanum: tunc ægrotanti impe»rabimus ut rideat, vel proferat litteram O, il»lico videbimus unam partem non posse move»ri libere, imo trahi ab altera, vel ad alteram »diduci... quod ad signa distinguentia attinet: si »sit ex paralysi, pars sana trahit ad se læsam; »at si sit tortura oris in parte dextra, dicendum »esse affectum musculum in sinistra... contra »in tortura oris ex convulsione partem læsam »trahare ad se sanam.... Hæc præcipue consi»deranda sunt, cum maxime faciant ad cura»tionem. Jam quoque signa specierum notan»da. Si fuerit à paralysi, oculus claudi non »potest, nec bucca æqualiter inflatur... et »adest stupor aliqualis in parte resoluta et sa»liva diffluit; laxa mollisque à sana trahitur, sa»liva magis fluit, os in parte læsa minus clau»ditur, palpebra inferior oculi partis mollifi»catæ est demersa. Ætas, intemperies regio, »victus præcedens, aer circumdans, magis ad »humiditatem tendunt» (*Opera omnia*, t. I, libro X, p. 586).

»Sea de esto lo que quiera, antes de las investigaciones contemporáneas sobre las funciones del sistema nervioso, no se conocia la verdadera naturaleza de la paralisis idiopática de la cara, ni se habian determinado las diversas partes anatómicas donde puede tener su asiento.

»C. Bell (*Exposition du systeme naturel des nerfs du corps humain*, trad. de Genest; París, 1825) es uno de los primeros autores que han suministrado datos positivos á la historia de la paralisis idiopática de la cara; y en su obra se encuentran muchas observaciones bastante curiosas, que ponen de manifiesto las diferencias sintomáticas que separan la paralisis del setimo par de la del quinto.

»En 1825 reunió Descot (*Dissertation sur les affections locales des nerfs*; Paris 1825) á las observaciones de Bell algunos hechos publicados en los diferentes periódicos franceses y estrangeros (Shaw, *On partial paralysis*; en *Médico chirurg. transact.*, vol. XII, part. 1.ª; Serres, *Arch. génér. de méd.*, 1.ª série, t. V; Billard, el mismo periódico, t. VI), varios otros recogidos por él, y dió una descripcion de la paralisis de la cara, mas completa que las publicadas hasta entonces.

»Pichonniere (*De la paralysie partielle de la face*; París, 1830) reunió en 1830 ocho observaciones nuevas de paralisis de la cara, y sacó de ellas algunas deducciones.

»En 1831 fue cuando apareció la primera monografia algo completa sobre esta materia, escrita por Montault (*Dissert. sur l'hemiplegie faciale*, tés. de París, 1831; n.° 300). Revisando este médico los anales de la ciencia, reune sesenta observaciones de paralisis de la cara, tomando de ellas los elementos de una descripcion didáctica, que aunque carece de órden y método, encierra sin embargo datos preciosos, y tiene ademas el mérito de haber fijado la atencion de los patólogos sobre una enfermedad poco conocida hasta entonces: este autor se ocupa únicamente de la paralisis del sétimo par.

»Bottu-Desmortiers (*Recherches sur quelques alterations locales du nerf facial*; tesis de París, 1834, n.° 365), da una descripcion de la paralisis del sétimo par, metódica y bastante completa, añadiendo muchos casos nuevos á los que ya se conocian.

»En 1835 se propuso Berard demostrar, que la *paralisis del sétimo par* podia existir idiopáticamente con independencia de toda hemórragia cerebral, y ejerciendo solo su influencia en los movimientos de la cara, cuya insensibilidad se conservaba intacta (*Sur les fonctions du nerf facial et la paralysie de la face*; en *Journ. des conn. méd. chirurg.*, t. II, p. 354).

»Jobert (*Etudes sur le systeme nerveux*; París, 1838) describe la enfermedad en los diferentes sitios anatómicos que puede ocupar, y fue el primero que refirió algunos ejemplos de paralisis idiopática del tercero y sesto par de nervios cranianos.

Por último, Landouzy (*Essai sur l'hemiplegie faciale chez les enfants nouveau nés*. Tésis de París 1839) acaba de dar á conocer una variedad de la hemiplegia facial, relativamente á su causa, que no se habia descrito todavia.

»Tales son las fuentes de donde hemos tomado los elementos de nuestra descripcion. No se hace mencion de la paralisis de la cara en la obra de Naumann (*Handbuch der med. klinick*), en el diccionario de J. Copland, ni en la gran *Enciclopedia inglesa*. Berard le consagra en el *Diccionario de medicina* un articulo, en el que reproduce en gran parte la memoria que habia publicado en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales*.» (Mon. y Fl., *Comp.*, etc., t. III, p. 617-627).

CAPITULO II.

Desórdenes de la inervacion orgánica.

ARTICULO I.

De las convulsiones.

«La voz convulsion, enfermedad convulsiva, se deriva de *convello*, *convellere*, *convulsi*, *convulsum*, estremecer, sacudir, agitar.

»Sinonimia.—Σπασμος de Hipócrates; *σπασμωδης πάθος* de Galeno; *nervorum distensio* de Celso; *espasmus* de Celio Aureliano; *convulsio*, *morbus convulsivus* de Willis, Sauvages, Swediaur, Linneo, Vogel, Sagar, Macbride y Cullen; *hieranosis* de Linneo y Vogel; *syspasia convulsio* de Good; *convulsio clonica* de Etmuller; *eclampsia* de Sauvages; *spasmus* de Linneo; *clonus convulsio* de Young; y *cacocinesia* de Sauvages.

»Definicion.—La palabra *convulsion* quiere

decir segun su sentido etimológico, agitacion, estremecimiento, sacudida; y en su acepcion mas general significa una perversion cualquiera de los movimientos. En vista de los variados desórdenes que espresa, se ha creido conveniente precisar el sentido que debe tener, para lo que se han propuesto diversas interpretaciones. Willis (*Trac. de morbis convulsivis*, cap. 1, p. 1, Ginebra, 1695), dice que la mayor parte de los médicos que han trazado la historia de las enfermedades convulsivas, distinguen el espasmo ó la convulsion de los movimientos convulsivos, refiriendo al primero la contraccion permanente de los músculos que pone los miembros rígidos é inflexibles, y á los segundos, los movimientos repentinos ó sacudidas, que alternan con un estado de reposo y de relajacion. Este autor no aprueba semejante distincion, y se adhiere á la opinion de Cardan, que fue el primero que estudió estos casos con el nombre de *tétanos*, usando indistintamente de las palabras *espasmo* ó *convulsiones*, al describir las enfermedades convulsivas con agitacion. Cullen (*Elements de méd. prat.*, edic. Bosquillon, t. II, pág. 314; París, 1787), vuelve á admitir la distincion criticada por Willis, aplicando estrictamente la palabra *espasmo* á lo que se llama *convulsiones tónicas*, y la de *convulsion* á lo que se denomina espasmo clónico. Estas denominaciones se han empleado todavia despues en diversos sentidos. Savari (*Dict. de sc.*, t. VI, p. 455), establece, que la perversion de los movimientos involuntarios ó pertenecientes á la contractilidad orgánica, sean ó no apreciables, recibe mas particularmente el nombre de *espasmo*; mientras que el de convulsiones se reserva para significar la perversion de los movimientos que estan bajo la dependencia de los músculos sometidos al imperio de la voluntad; cuya distincion parece mas importante que la precedente, y ha sido adoptada por Georget (*Dict. de méd.*, 2.ª edic., t. VIII, p. 567), Brachet (*Traité prat. des conv.*, 2.ª edic., p. 27), y otros varios patólogos.

»En el estado actual de la ciencia, y para no separar afecciones que reconocen iguales causas, producen alteraciones análogas, y ceden á un mismo tratamiento, pueden definirse á nuestro parecer las convulsiones diciendo: que son unas contracciones enérgicas é involuntarias de los músculos de la vida de relacion, que ocupan la totalidad ó una region circunscrita del cuerpo, y ponen rígidas y tensas las partes (convulsiones tónicas); ó, lo que sucede con mas frecuencia, una agitacion tumultuosa con sacudidas alternativas (convulsiones clónicas), que sobrevienen de repente, con intervalos mas ó menos largos, y que parecen ser independientes en general de toda lesion orgánica apreciable de los centros nerviosos. No insistiremos aqui en las circunstancias, que á nuestro parecer, motivan esta definicion, porque ya tendremos ocasion de esponerlas con toda claridad en el discurso de este artículo.

»Divisiones.—Por lo mismo que la palabra *convulsion* comprende una multitud de enfermedades diversas, es indispensable hacer en el estudio de este fenómeno divisiones rigurosas. No hay tal vez enfermedad alguna, como dice Brachet (*Traité prat. des convulsions dans l'enfance*, 2.ª edic., 1837, p. 28), que haya sufrido tantas variaciones en el modo de considerarse sus especies ó variedades, pues cada autor la clasifica á su modo. Galeno (lib. *De differ. sympt.*, cap. III, y *De tremor. et palpit.*, cap. últ.) admite tres especies de enfermedades convulsivas, refiriéndolas tan solo á las convulsiones tónicas, que estudia con los nombres de *emprostótonos*, *opistótonos* y *tétanos*, segun que la contraccion es general, ó que siendo mas fuerte en un sentido, inclina el cuerpo hácia delante ó hácia atrás. Esta division se halla adoptada por la mayor parte de los autores, que respetando ante todo la autoridad de los antiguos, se guardan bien de hacer la menor crítica en el analisis de sus obras. Segun Lázaro Riverio (*Praxis medicæ*, t. I, página 28, lib. I, cap. IV; Lug. 1649) toda convulsion depende de un estado de plenitud, de vacuidad ó de irritacion: la que proviene de esta última, no puede considerarse como verdadera, sino mas bien como un movimiento convulsivo que rara vez sobreviene por vacuicidad. La verdadera convulsion es principalmente debida á la plenitud. Pero es fácil conocer que semejante distincion carece de precision y claridad. Willis (loc. cit., p. 5), admite dos especies de convulsiones; una debida á un principio espasmódico, y otra á cierta fuerza esplosiva de los espíritus. Por lo demas, describe separadamente la epilepsia, las enfermedades convulsivas de los niños y de los adultos, las que tienen su orígen en las estremidades nerviosas ó en los plexos, las que sobrevienen en las fiebres malignas ó anómalas, las que complican al escorbuto, y las que caracterizan el histerismo y la hipocondria, terminando por la historia de la tos y del asma. Pero esta clasificacion nada tiene ciertamente de metódica, y conserva la mayor y mas deplorable confusion entre circunstancias patológicas que merecen distinguirse. Silvio Deleboë (*Opera med.*, lib. I, cap. LXII) incluye en cuatro párrafos principales las causas de las convulsiones: 1.º las lesiones de los nervios, á las que hace representar un gran papel con respecto á los espíritus animales; 2.º todas las sustancias ácres, ácidas ó salinas; 3.º los humores ácres, bilis y pituita, y 4.º las diversas inflamaciones. Pero se ve que esta division estriba en una teoría ridícula. F. Hoffmann (*Med. rat. seyst.*, t. IV, part. III, p. 61) hace algunas consideraciones generales sobre los movimientos convulsivos, despues de haber tratado de la epilepsia. Insiste (p. 60; Hal. Magd. 1734) en la distincion de las convulsiones en

idiopáticas y sintomáticas, y sin hacer una clasificacion regular y sistemática, atribuye sucesivamente los accidentes convulsivos, á una alteracion del alma, á un vicio de los humores, á un desórden de las primeras vias, del duodeno, á la presencia de vermes, á lesiones del útero, de la vejiga, ó esteriores, y á la mordedura de ciertos animales venenosos; apoyándose para motivar estas especies, en la autoridad de buenos observadores, y refiriendo ademas observaciones que le son propias, y que todavia podrian aumentar el número de las variedades que menciona.

»Solo desde el tiempo de Sauvages han hecho los nosólogos algunos esfuerzos, para introducir un método regular en la clasificacion de las enfermedades. El sabio profesor de la facultad de Montpellier habla de los espasmos en la clase cuarta de las enfermedades, y divide su estudio en cuatro órdenes, que son los siguientes: 1.º espasmos tónicos parciales, que comprenden la rigidez y la inmovilidad de un miembro ó de un órgano determinado; 2.º espasmos clónicos generales, que invaden la totalidad del cuerpo ó se estienden á muchas partes. En este vasto cuadro incluye Sauvages veintidos afecciones distintas, ó mas bien veintidos formas morbosas particulares. Las convulsiones que forman parte del órden tercero de los espasmos clónicos parciales, pertenecen, segun este autor, á diez y seis especies diferentes, segun: 1.º que dependan de la debilidad, 2.º de la picadura de un nervio, 3.º que se compliquen con fiebre, 4.º que sucedan á una contusion de la cabeza, 5.º que sean sintomáticas del hidrocéfalo, 6.º de cálculos contenidos en los riñones ó en los uréteres, 7.º que procedan de las semillas del raphanus raphanistrum, 8.º del uso del cornezuelo de centeno, 9.º que se desarrollen bajo la influencia del clima, 10.º que ocupen los músculos del abdomen, 11.º que sean generales, 12.º habituales, 13.º que resulten del onanismo, 14.º que ataquen á las mujeres embarazadas, 15.º que interesen únicamente la mitad del cuerpo, y 16.º que aparezcan con períodos intermitentes. Inútil es molestarse mucho en criticar esta clasificacion, tan confusa y poco metódica. La ciencia se halla en la actualidad harto adelantada, para que pensemos en admitir las divisiones de Sauvages.

»Linneo (*Synop. nosol. met.*, t. I, p. 109; Edimb., 1795), describe con el nombre de *morbi motorii*, todas las enfermedades caracterizadas por un desórden involuntario de las funciones del movimiento, y las divide en dos secciones principales: 1.º *morbi spastici*, que corresponden en parte á los espasmos tónicos de Sauvages, y 2.º *morbi agitatorii*, que se parecen á los espasmos clónicos; entre cuyas últimas afecciones describe las convulsiones propiamente dichas.

»Vogel (*ut supra*, p. 177) habla de los espasmos en la quinta clase de enfermedades, definiéndolos unas contracciones ó agitaciones de las partes sólidas susceptibles de movimiento. Sagar sigue en su sétima clase (*ut supra*, p. 299) el órden adoptado por Sauvages, colocando las convulsiones entre los espasmos clónicos parciales, lo mismo que este médico. Macbride las incluye en su órden quinto de los espasmos (*ut supra*, p. 363), y admite cuatro especies distintas: 1.º *convulsio ab inanitione*; 2.º *convulsio traumatica;* 3.º *convulsio verminosa*, y 4.º *convulsio pletorica*. Las convulsiones mencionadas en el órden tercero de los espasmos de Cullen (*ut supra*, t. II, p. 210) constituyen el género quinto, y las distingue (*ut supra*, p. 216) en idiopáticas y sintomáticas: la distribucion que adopta este autor es mas completa y satisfactoria que la de sus predecesores, de quienes supo aprovecharse. Rosen funda tambien sus divisiones en los diferentes grupos de causas en su *Tratado de enfermedades de los niños*; consistiendo la distincion mas importante que hace, en separar las idiopáticas de las simpáticas. Amstrong y Underwood (*Traité des mal. des enfants*; París, 1786, p. 125) insisten particularmente en admitir dos especies de convulsiones, unas sintomáticas y otras idiopáticas; y aunque convienen en que esta division no es tal vez muy filosófica, creen sin embargo, que por no haberla admitido antes sucumbian tantos niños atacados de convulsiones.

»Baumes (*Des convulsions dans l'enfance*; París, 1805) insistió particularmente en distinguir las convulsiones en tónicas y clónicas, y creó dos palabras nuevas para darse mejor á entender, designando las primeras con el nombre de *tonismo*, y las segundas con el de *clonismo*. Pinel apenas hace mas que mencionar las convulsiones (*Nos. phil.*, t. III, p. 176, 4.ª edic., 1810), y solo describe las idiopáticas. Savary (*Dic. des sciences méd.* t. VI, p. 455) se estiende sobre la línea de demarcacion que debe trazarse entre las afecciones convulsivas y las convulsiones, diciendo que las primeras son las que tienen por síntoma constante, por carácter esencial, movimientos convulsivos mas ó menos marcados, como la epilepsia, el histerismo, el córea y la hidrofobia. Por lo demas, describe por separado las convulsiones esenciales, las de los niños, y las de las mujeres embarazadas ó recien paridas, cuyo método ha sido adoptado despues por otros patólogos. El doctor Mason Good (*The study of med.*, vol. IV, página 345; Lond. 1825) define las convulsiones diciendo, que son una agitacion muscular violenta y momentánea, acompañada de rechinamiento de dientes y de contracciones enérgicas de las manos, describiendo seis variedades principales: 1.º las erráticas, que pasan irregularmente de una parte á otra; 2.º las generales, que invaden simultáneamente todos los órganos musculares; 3.º las recurrentes, que sobrevienen por paroxismos con intervalos mas ó menos regulares; 4.º las lamentables, que se

complican con gritos y gemidos, sin que el enfermo se queje de ningun dolor; 5.° las puerperales, que se presentan durante el embarazo ó el parto, complicadas con coma y respiracion estertorosa, y 6.° las de los niños, que aparecen en los primeros años de la vida, pudiendo ser ocasionadas por el dolor ó el temor, y que ponen azuladas algunas regiones de la cara.

»Jolly (*Dic. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 774) admite la existencia de convulsiones internas y esternas, convulsiones por contraccion permanente y por contraccion y relajacion alternativas de la fibra muscular, siendo comunes á todas las causas, síntomas, sitio y tratamiento. Dice ademas que pueden depender: 1.° de la influencia directa del cerebro (meningitis, encefalitis); 2.° de la influencia indirecta de este órgano, cuya estimulacion resulta del padecimiento de vísceras mas ó menos distantes (convulsiones producidas por los vermes, etc.); 3.° de la influencia positiva de los centros nerviosos, cuando está exagerada la accion del cerebro (epilepsia, rabia, tétanos), y 4.° en fin, de la influencia negativa de estos cuando se hallan comprimidos ó debilitados (córea, temblor senil, etc.). Georget (*Dic. de méd.*, segunda edicion, t. VIII, p. 566) no trata mas que de las convulsiones del sistema muscular cerebral, y en lugar de aplicar solo esta palabra á la convulsion clónica, la usa para designar toda contraccion involuntaria de los músculos; por lo demas no hace ninguna division en esta vasta materia. Adair Crawford (*The cyclop. of pract. med.*, vol. I, p. 466; Lond., 1833) considera las convulsiones bajo dos puntos de vista principales, segun que son locales ó generales; incluyendo en este cuadro muchas alteraciones, como la risa sardónica, los saltos de tendones, etc., y deja á Lecock (*ut supra*, p. 477 y 481) el cuidado de tratar de las convulsiones de los niños, y de las que padecen las mujeres durante el puerperio. El doctor James Copland, que las ha estudiado cuidadosamente, las divide (*Adition of pract. med.*, vol. I, p. 414): 1.° en convulsiones locales ó parciales; 2.° en generales; 3.° de los recien nacidos y de los niños, y 4.° en convulsiones de las puérperas. Este autor ha discutido estensamente el valor de las divisiones propuestas por los autores, y cree que deben limitarse á las que acabamos de mencionar. El doctor Brachet de Lyon, que ha publicado en estos últimos tiempos la segunda edicion de su *Tratado práctico de las enfermedades de la infancia*, obra que en 1824 obtuvo el premio propuesto por la tertulia médica de París, desecha todas las divisiones propuestas hasta su tiempo, aunque en el curso de su trabajo, y particularmente al hablar del tratamiento, juzga conveniente distinguir las convulsiones en sí mismas, de las que dependen de afecciones cerebrales, y de aquellas cuya causa existe fuera del encéfalo.

»Hemos creido útil hacer aqui esta larga historia de las divisiones establecidas por los autores, para discutir mejor el órden que debe adoptarse en esta cuestion tan complexa y por lo mismo tan difícil, y á fin de que pueda el lector juzgar del método espositivo que vamos á elegir, y sustituirle otro que sea preferible, si meditando los autores antiguos, y sobre todo los hechos nuevos de su práctica, le parece que debe hacer algunas modificaciones.

»En el estado actual de la ciencia creemos indispensable admitir la division establecida por F. Hoffmann (loc. cit., p. 61), sobre la que ha insistido Underwood (loc. cit., p. 125) con tanta razon, y que consiste en separar las convulsiones en idiopáticas y sintomáticas; pues podemos repetir con este último autor, que el no haber hecho tal distincion es la causa de que en los autores de medicina aparezca morir de convulsiones un número de niños mayor del que muere en realidad. Pero ademas de esta division, es preciso reconocer tambien la existencia de convulsiones simpáticas, que sobrevienen sin que causa alguna morbosa haya modificado los centros nerviosos, y que parecen resultar de la reaccion de las vísceras entre sí. Por último, nos parece tambien que deben admitirse convulsiones tónicas, que ocasionan la rigidez y tension mas ó menos continua de las partes, y otras clónicas, marcadas por una agitacion tumultuosa con sacudidas alternativas; pues hay entre estas diferentes formas una línea de demarcacion, que se ha conservado desde la cuna del arte hasta nuestros dias, motivando la descripcion en cuadros separados del tétanos y del histerismo por ejemplo. Estas convulsiones tónicas y clónicas entran por lo demas en las tres categorias principales que hemos admitido. Para nosotros, pues, existen: 1.° convulsiones idiopáticas; 2.° sintomáticas, y 3.° simpáticas, pudiendo ser todas tónicas ó clónicas; cuya última forma es mucho mas frecuente que la primera.

»ALTERACIONES ANATOMICAS.—Habiendo dicho al definir las convulsiones y las enfermedades convulsivas, que parecen ser independientes las mas veces de toda lesion apreciable de los centros nerviosos, causará tal vez estrañeza vernos tratar aqui de las alteraciones anatómicas que las complican en el mayor número de casos. Pero si el lector quiere penetrarse de las circunstancias que mencionamos, conocerá que no estamos en contradiccion con la definicion que hemos dado, y que lejos de mirar como causas de los movimientos irregulares que se han observado durante la vida, las lesiones cadavéricas que se encuentran en los que mueren con accidentes convulsivos, admitimos que semejantes lesiones no son sino consecuencias de estos últimos.

»En la mayor parte de los individuos que sucumben á convulsiones algo intensas, se encuentra una inyeccion bastante viva de los numerosos vasos que serpean en las mallas de la pia madre, una turgencia á veces notable de

los senos venosos de la dura madre, y una acumulacion bastante considerable de serosidad en la gran cavidad aracnoidea y en las anfractuosidades ventriculares. La sustancia cerebral, sin haber disminuido de consistencia, se presenta inyectada y como salpicada de sangre, sobre todo si se la comprime con alguna fuerza despues de haberla dividido; los cortes que en ella se hacen son lustrosos y húmedos. Las membranas que envuelven la médula espinal se hallan tambien bastante inyectadas, pero en general la inyeccion del cordon raquidiano no es tan notable como la de los centros nerviosos encefálicos.

»Tambien los pulmones se hallan algunas veces ingurgitados de sangre en su parte posterior, sin que su densidad ni su resistencia á la presion se hayan alterado notablemente: los centros circulatorios suelen igualmente presentarse algo infartados de sangre. A qué deberemos atribuir estas lesiones? deben considerarse como causas, ó como efectos? No vacilamos en decidirnos afirmativamente por lo último; porque la mayor parte de las convulsiones clónicas van compañadas de esfuerzos mas ó menos considerables, que se suceden con violencia, durante los cuales sufre la sangre venosa un retraso mayor ó menor en su curso, y porque se complican tambien á veces con una rapidez notable de los movimientos del corazon, que envia incesantemente á las arterias nueva cantidad de líquido. Cuando sucede la calma á los accidentes convulsivos, se establece muy luego el equilibrio normal en el sistema circulatorio, y el infarto sanguíneo, asi de los vasos del cerebro como de los centros nerviosos, se disipa con prontitud; pero si por el contrario sobreviene la muerte hallándose las convulsiones en su mayor grado de intensidad, la congestion venosa, que es una de sus consecuencias, persiste casi siempre de un modo evidente. Se ha querido (Cazauvielh, *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 5 y sig.) atribuir la produccion de la epilepsia á una alteracion complexa de la sustancia encefálica, que puede existir en diversos grados bajo las formas de congestion, de induracion y de reblandecimiento del cerebro (loc. cit., p. 10); pero los mismos autores que dan esta esplicacion, no vacilan en decir, en vista de los hechos que han recogido, que estas alteraciones se combinan de diverso modo, segun que el individuo cuyo cadáver se examina haya sucumbido durante el acceso convulsivo ó algun tiempo despues de haber pasado este; lo que equivale á confesar, que el acceso convulsivo produce ciertas alteraciones que deben considerarse como uno de sus efectos, que es lo mismo que acabamos de establecer.

»Es posible que en los individuos que han padecido convulsiones graves, tónicas ó clónicas, se observen otras alteraciones á mas de las que dejamos mencionadas. Hállanse á veces mas ó menos profundamente alterados el cerebro, la médula, nervios considerables y vísceras de importancia para conservar la salud y la vida; cuyas lesiones pueden presidir directa ó indirectamente al desarrollo de las convulsiones. Aunque este hecho es indudable, conviene decir sin embargo, que es en ciertos casos muy difícil encontrar una correlacion evidente entre la presencia de ciertas lesiones y la manifestacion de trastornos convulsivos determinados; porqne las alteraciones viscerales pueden existir sin convulsiones y *vice versa*. Suele decirse en este caso, que la modificacion orgánica preside á una irritacion especial de los órganos bajo cuya influencia se verifica el movimiento; pero es evidente que esta esplicacion estriba mas en las palabras que en los hechos.

»Sintomas.—Sean las convulsiones idiopáticas, sean simpáticas ó sintomáticas, siempre tienen caractéres idénticos, que seria inútil repetir tratando por separado de cada una de ellas. Bajo el punto de vista sintomatológico, conviene detenerse especialmente en estudiar las formas tónicas y clónicas, generales y parciales.

»La forma tónica puede ser parcial ó general, continua ó intermitente, y regular ó irregular; de cuyos diversos casos encontramos en los autores numerosas observaciones, pudiendo por lo tanto admitirlos en esta descripcion.

»El tétanos (v. esta palabra) que invade casi todos los músculos, nos ofrece un ejemplo muy marcado de convulsiones tónicas generales. Todo el aparato muscular que se halla sometido al imperio de la voluntad está entonces muy contraido; toma la cara un aspecto particular, la mandíbula inferior está muy elevada, los dientes apretados unos contra otros, la cabeza conserva una misma posicion á causa de la rigidez del cuello, las paredes carnosas del pecho se hallan duras y resistentes lo mismo que las del abdomen, y los miembros muy estendidos, resistiéndose á todo esfuerzo de flexion. Esta singular enfermedad reclama toda la atencion del práctico, y por lo tanto la hemos consagrado un artículo especial.

»Al tétanos deben tambien atribuirse algunas convulsiones tónicas parciales, como el trismo, que determina la aproximacion forzada de las mandíbulas; el opistótonos, que ocasiona la flexion del tronco hácia atrás por la contraccion de los músculos de la parte posterior del cuerpo; el emprostótonos, que produce un efecto inverso debido al espasmo de los músculos de la parte anterior del tronco, y el pleurostótonos, que lo hace doblar hácia un lado, como sucede tal vez en la catalepsia (véase esta palabra).

»Uno de nosotros ha descrito en otro lugar (*Journ. heb. des prog. des sc. et inst. de méd.*, t. IV, p. 161, 257 y 289) una forma particular de convulsiones tónicas parciales, que Dance (*Arch. gén. de méd.*, t. XXVI, p. 190, 205) indicó primero que otro alguno; que ha sido

despues estudiada por Tonnelle (*Gaz. méd.*, t. III, n.º 1, enero, 1832); que Constant ha dado á conocer segun las lecciones de Guersent (*Gaz. méd.*, t. III, n.º 8, febrero, 1832), añadiendo algunas observaciones nuevas (*Gaz. des hopitaux*, t. II, núms. 56 y 57, 1837), y observada tambien cuidadosamente por Murdoch (*Journ. heb.*, t. VIII, p. 417 y sig.).

»A las veintisiete observaciones de esta enfermedad publicadas hasta el dia, podemos añadir otras dos nuevas; de modo que la descripcion siguiente está fundada en veintinueve casos. Despues de algunos fenómenos precursores, que solo se han notado en diez enfermos, reducidos, ora á un ligero movimiento febril, ora á un estado particular de fatiga y de quebrantamiento, y las mas veces á una sensacion de entorpecimiento, de hormigueo y de punzadas en los miembros amenazados de espasmos tónicos; y en ciertos casos repentinamente, como sucedió en otros seis en que fué instantánea la invasion, los enfermos se quejaban de dificultad en los movimientos, de rigidez en el antebrazo, la muñeca y los dedos, y tambien en las estremidades inferiores, pareciéndoles que una fuerza esterior se oponia á los movimientos. Dolores vagos, frecuentemente muy agudos, siguen el trayecto de los principales nervios del brazo, irradiándose á veces en forma de punzadas y calambres, y ocupando asimismo otras la muñeca y las falanges. Los dedos se doblan poco á poco sobre la palma de la mano; los músculos de la region interna del antebrazo sobresalen en forma de masas duras y prominentes; este se halla ligeramente doblado sobre el brazo, la muñeca está inclinada hácia delante, y los dedos en flexion por la articulacion de las primeras falanges con los huesos del metacarpo, encontrándose asi aproximados á la mano, pero conservando las falanges entre sí, por un movimiento hasta cierto punto inverso, las relaciones que tienen en la estension. Los dedos estan separados unos de otros, y presentan una rigidez particular que les impide obedecer á los movimientos voluntarios; el pulgar participa tambien de esta retraccion muscular, y se halla inclinado con astante fuerza hácia el medio de la mano, encontrándose unas veces con el indicador, y fijándose otras en la cavidad palmar, la que se halla sensiblemente aumentada por la aproximacion manifiesta de los huesos del carpo y metacarpo.

»Los miembros pelvianos se hallan igualmente afectados del mismo modo; pero los desórdenes que sobrevienen en su motilidad suceden siempre á los de las estremidades torácicas. Los músculos del cuello ofrecen al tacto una dureza insólita y sobresalen mucho por debajo de los tegumentos; la pierna aparece estendida sobre el muslo, y los músculos gemelos muy contraidos, tirando hácia arriba del calcáneo por medio del tendon de Aquiles, que forma una prominencia notable, y por el contrario inclinando hácia abajo la punta del pie; la cual se dirige muchas veces hácia adentro por un movimiento complexo: por lo demas los dedos se aproximan á la region plantar, la que parece tambien mas cóncava que en el estado ordinario.

»Cuando se quiere estender las partes que se hallan en flexion como los dedos, ó bien doblar la pierna, se provocan dolores muy agudos, y desde el momento en que cesan los esfuerzos vuelven á tomar los músculos su posicion viciosa

»Las convulsiones tónicas que nos ocupan se limitan comunmente á los miembros superiores; á veces son mas notables en uno de los lados; otras, segun Dance, pueden propagarse á los músculos de los labios, de la pared abdominal, de los canales vertebrales, y aun á los que elevan la mandíbula inferior. Los músculos contraidos se hallan en ocasiones agitados por un estremecimiento particular y palpitaciones fibrilares, observadas únicamente por Dance; suele encontrarse con frecuencia hácia la articulacion de la muñeca ó alrededor de los maleolos una pastosidad como edematosa, acompañada de una rubicundez difusa, que nosotros hemos mencionado, y de la que habla tambien Constant en sus observaciones.

»En ciertos casos se han agregado convulsiones clónicas á esta forma singular de retraccion de los músculos, pero sin modificarla: jamás han presentado los enfermos estrabismo, delirio ni coma. En doce casos entre veintidos se ha notado un movimiento febril mas ó menos intenso, caracterizado por la velocidad y desarrollo del pulso y por el calor é inyeccion de los tegumentos. Esta fiebre se aumentaba por la tarde, y en la mayor parte de los enfermos presentaba el tipo remitente continuo. Los cuatro individuos que son objeto de las observaciones de Dance, padecian estos espasmos tónicos con intervalos regulares, ofreciendo el uno el tipo cuotidiano, el otro el de terciana, y los dos restantes la forma simplemente remitente. Ademas iban acompañados de síntomas febriles iguales á los de una fiebre intermitente, esceptuando el estadio del frio, que era en general poco ó nada marcado: la cefalalgia estaba por lo comun en relacion con la intensidad de los accidentes febriles; habiendo existido solo una vez en el trayecto del raquis un dolor bastante vivo, que no pudo atribuirse á una flegmasía de la médula, por haberse resuelto prontamente la enfermedad con los antiespasmódicos y los baños.

»Entre los veintinueve enfermos que dejamos mencionados, ocho veces existieron vómitos; nueve, una diarrea mas ó menos copiosa, y cuatro, dolores de vientre. En nueve casos se observó ronquera de la voz, tos ó disnea, en niños que estaban ademas afectados de neumonia ó de tubérculos pulmonales. Tales son los principales síntomas, que resaltan del analisis de las veintinueve observaciones de esta forma

singular y poco conocida de convulsiones tónicas parciales.

»Las convulsiones *clónicas* son las que merecen especialmente la atencion del médico; caracterizan la epilepsia, el histerismo, el córea (v. estas palabras), y una multitud de desórdenes, que atacan á los niños, á las mujeres durante el embarazo ó el puerperio, y que sobrevienen en el curso de enfermedades mas ó menos graves, á consecuencia de congestiones cerebrales y de otras muchas modificaciones de la sustancia encefálica.

»La forma clónica puede ser, lo mismo que la anterior, general ó parcial, contínua ó intermitente, y presentarse con períodos regulares ó irregulares.

»El histerismo puede presentarse como tipo de las convulsiones clónicas generales; pero no lo describiremos aquí, porque hemos de hacerlo mas adelante. Solamente recordaremos, siguiendo á Brachet, los principales fenómenos que se observan en las convulsiones de la infancia, que tienen mucha analogia con el histerismo, distinguiéndose solo en algunos caractéres particulares. «El niño es acometido repentinamente de movimientos singularmente variados, dice este autor (loc. cit., p. 33); el cuerpo se pone rígido en cualquier sentido, y se agita de mil modos. Los miembros se doblan, se alargan y retuercen, sin poder hacer un movimiento preciso y regular, y muchas veces con un crujido penoso. Los dedos se separan y aproximan, se estienden y comprimen entre sí; la cabeza se agita á uno y otro lado, ó por un movimiento de rotacion; los ojos ruedan en las órbitas, se ponen salientes y huraños, ó bien se ocultan debajo del párpado superior, sin que pueda verse mas que la esclerótica; los músculos de la cara se contraen hácia los lados, produciendo esos gestos conocidos con el nombre de risa sardónica ó cínica; la lengua se halla temblorosa, la laringe oprimida, y dificultadas asi la respiracion como la voz; participando tambien de este trastorno los músculos del pecho y abdomen, cuyas cavidades estan agitadas y comprimidas. Muchas veces se agregan á esta horrible escena padecimientos de los órganos internos: el corazon late con fuerza, sobrevienen náuseas y escrecion involuntaria de las materias fecales y de la orina. De estas contracciones múltiples é irregulares, resulta una multitud de gesticulaciones, inflexiones, y posiciones del cuerpo, infinitamente variadas, que á veces son estravagantes y siempre desconsoladoras para el espectador. Para hacer un cuadro completo de todos los movimientos convulsivos, seria preciso enumerar todos los músculos del cuerpo, y recorrer los efectos de sus alternativas forzadas de contraccion y relajacion.

»No es constante este conjunto de síntomas; pues las mas veces ocupan tan solo las contracciones una ó muchas partes del cuerpo; otras no se hallan convulsas todas las partes á la vez, sino que pasa el mal de un miembro á otro, agitándolos sucesivamente. Los órganos que mas fácilmente entran en convulsion, son los ojos y la cara por su gran movilidad; tanto que casi siempre participan del mal, y no recuerdo haberlos visto en calma durante la agitacion de los demas músculos. Vienen en seguida los miembros torácicos, que se afectan muy á menudo de convulsiones. Los abdominales son los que aparecen con menos frecuencia convulsos, aunque pueden estarlo solos ó con los demas....

«Las convulsiones se limitan frecuentemente á un solo lado del tronco, ó á las regiones supra ó infra-diafragmáticas, cuyas variedades no inducen cambio alguno en la enfermedad.

«Los músculos del pecho rara vez padecen convulsiones...: el abdomen se halla agitado en ciertos casos por movimientos ondulatorios muy marcados.»

»A estas perturbaciones del movimiento se agregan otros fenómenos mas ó menos importantes, como la cefalalgia, la fotofobia, el delirio ó el coma, la pérdida del conocimiento, etc. El pulso adquiere á veces un desarrollo y aceleracion insólitas; la respiracion se hace frecuente, suspirosa, dolorosa, verificándose con sacudidas, etc.; los enfermos dan con frecuencia gritos, á los que se atribuye un gran valor semeiológico en el hidrocéfalo agudo. La piel suele estar pálida mientras dura el acceso convulsivo, ó bien se pone ligeramente rubicunda, violada, azulada ó cianosada, especialmente en la cara y en las estremidades. Su calor puede hallarse aumentado, disminuido ó repartido con desigualdad; de modo que los tegumentos de la frente tengan, por ejemplo, una temperatura elevada, mientras que los pies y manos parezcan frios. Muchas veces se halla seca al tacto, y cuando el acceso se prolonga y cae el enfermo en la postracion, suele humedecerse con un sudor mas ó menos abundante, que es en ciertos casos viscoso. Las venas estan por lo comun trasparentes, diáfanas y acuosas. En ciertos accesos convulsivos no se traga la saliva, y como esta se halla teñida de sangre á causa de las desgarraduras que la aproximacion de las mandíbulas ha ocasionado en la lengua, fluye entonces por la boca una espuma sanguinolenta, á la que se ha dado un gran valor diagnóstico. Otras veces se repiten los movimientos de deglucion con mucha frecuencia, como si hubiera un cuerpo voluminoso á la entrada de la faringe. En algunos casos los accidentes convulsivos van acompañados en todo su curso de repugnancia á las bebidas, y de una verdadera hidrofobia; á cuyos accidentes se agregan á veces borborigmos, que anuncian la agitacion de los órganos abdominales. Tales son algunos de los mas importantes trastornos que sobrevienen en el curso de las afecciones convulsivas.

»Curso.—La exacta apreciacion del curso

de las convulsiones ilustra mucho su estudio. Jolly (loc. cit., p. 481) presenta bajo este aspecto reflexiones que pueden ser útiles en la práctica. Segun este autor, las convulsiones contínuas, que necesariamente son agudas, no pueden considerarse como idiopáticas, pues comunmente dependen de una flegmasia de la sustancia nerviosa, y son por lo tanto capaces de producir las consecuencias mas funestas; tales son el tétanos, la contractura, etc. Debe notarse que estas convulsiones contínuas son casi siempre tónicas.

»Las convulsiones intermitentes parecen hallarse subordinadas á la accion periódica de las causas higiénicas, sin que dependan de una modificacion profunda de los centros nerviosos, siendo por lo mismo menos graves, á no ser que se repitan con mucha frecuencia: á esta forma se refieren las epilépticas, las histéricas, las hidrofóbicas, las de los niños, etc. La reaparicion de estos fenómenos espasmódicos puede verificarse con intervalos irregulares, que es lo que comunmente sucede; pero puede tambien suceder lo contrario. Los antiguos describen cuidadosamente esta forma singular, que Dance cree haber observado (loc. cit.), y que ha sido mencionada por Chomel (*Traité des fiebres*, 1821, p. 362) entre las fiebres intermitentes nerviosas y las intermitentes perniciosas (loc. cit., p. 394), segun que reviste el mal la apariencia epiléptica, la cataléptica, la convulsiva, la tetánica ó la hidrofóbica; citando algunas observaciones muy interesantes, que se hallan en las obras de Lautter, Torti, Morton, Casimiro Medicus, Dumas, etc. En las convulsiones intermitentes hay una circunstancia que debe notarse con cuidado, porque influye en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del mal, cual es la existencia de la fiebre, perturbacion importante que acompaña casi siempre á los accidentes perniciosos.

»Duracion.—En esta hay dos cosas principales que apreciar: 1.° el tiempo que dura el acceso, y 2.° el tiempo que dura la disposicion á los accidentes convulsivos. En cuanto á la primera, las convulsiones deben figurar entre las afecciones esencialmente agudas; pues es raro que los espasmos tónicos, que son por lo comun mas largos que las convulsiones clónicas, persistan mas de algunos dias ó del primero al segundo septenario. Los hechos de tétanos crónico son poco numerosos, y es permitido dudar, si efectivamente existiria en muchas de las observaciones que se han referido á tal enfermedad. Sea de esto lo que quiera, se conviene generalmente en que por muy violentas y prolongadas que sean las contracciones del tétanos, van sin embargo acompañadas con intervalos irregulares de una especie de relajacion general, lo que prueba que aun en esta afeccion no dura tanto el acceso como en general se supone.

»Importa mucho notar la duracion de la enfermedad convulsiva. Ora son erráticas las convulsiones, y sobrevienen con largos intervalos en individuos nerviosos é impresionables bajo la influencia de una escitacion particular, constituyendo el acceso convulsivo por sí solo todo el mal, que solo dura algunos momentos; ora resultan de una predisposicion desconocida, revistiendo una forma especial, epiléptica, histérica, cataléptica, etc.; en cuyo caso el acceso no es otra cosa que una fase de la enfermedad, que puede reproducirse muchas veces en el curso de gran número de años, y que debe clasificarse entre las afecciones crónicas. El acceso convulsivo se presenta á veces como síntoma de una modificacion de los centros nerviosos, revistiendo la forma aguda ó crónica segun la naturaleza de esta modificacion: aguda cuando hay plétora ó anemia cerebral, inflamacion de las meninges ó del encéfalo; y crónica, en los casos en que hay degeneracion de las membranas, producciones tuberculosas, cancerosas, hidatídicas, etc. (v. enfermedades del cerebro). Tambien puede suceder que los accidentes convulsivos dependan de una afeccion visceral mas ó menos distante de los centros nerviosos, como acontece tan á menudo en los niños; en cuyo caso se renuevan tanto mayor número de veces, cuanto mas larga es la duracion del mal que los produce, y mas activas las simpatias que escita.

»Terminaciones.—Las terminaciones de las enfermedades convulsivas pueden ilustrar al médico sobre la naturaleza de las mismas. Las idiopáticas cesan por lo comun espontáneamente sin producir ningun movimiento crítico marcado, como ha tratado de demostrar Brachet (loc. cit., p. 58). En las convulsiones, dice este autor, acontece lo mismo que en las enfermedades nerviosas en general, y asi debia suceder, puesto que el sistema nervioso cerebral, único que se halla enfermo, no preside á las funciones orgánicas ni á las secreciones. Brachet admite sin embargo, que las convulsiones pueden terminar por una hemorragia, de lo cual refiere una observacion mencionada por Planque (*Biblioth. méd.*, t. III, pág. 504 y 505); dice que la terminacion por disnea ha sido tal vez menos frecuente, refiriendo los hechos citados por Klenius (*Interpres clinic. infant. et puerp. morbi.*, p. 160), Whytt (*Malad. nerveuses*, t. I, p. 268), y Jacques (*Journ. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 280), y reconoce con F. Hoffmann, que los vómitos pueden presentarse como crisis de una afeccion convulsiva. Mas abajo sanciona Brachet la siguiente opinion de Hipócrates (aph. 57, sec. IV; aph. 26, sec. II): «Convulsione detento febris superveniens solvit morbum. Febrem convulsioni supervenire melius est quam convulsionem febri.»

»Entre estos diferentes hechos hay tal vez algunos que merecen criticarse. En efecto, cuando se disipa una convulsion por una hemorragia copiosa, ¿no puede admitirse que aquella ha sobrevenido á consecuencia del esfuerzo hemorrágico, no siendo entonces mas

que un síntoma? Si es la diarrea la que resuelve la enfermedad convulsiva, no hay motivo para creer que la deplecion del tubo intestinal es mas provechosa en este caso que la eliminacion de algunos materiales viscosos y verdosos? Los vómitos, no son comunmente sintomáticos de todas las alteraciones que esperimenta el sistema nervioso encefálico? La fiebre en fin, no es un accidente en cierto modo inevitable, cuando un estado angustioso y violento ocasiona contracciones espasmódicas en una persona nerviosa y delicada, alterando profundamente su economía? Es visto, pues, que interpretando los hechos, puede dudarse de las crisis que algunos consideran como un modo de terminacion bastante comun de las convulsiones idiopáticas. La epilepsia, el histerismo, la hidrofobia y la rabia, terminan de una manera particular, como puede verse en la descripcion de estas afecciones. Tambien hablaremos en su lugar de la terminacion del córea.

»No siempre terminan de un modo favorable las convulsiones idiopáticas; pues cuando los accesos son muy frecuentes y violentos, pueden hacer que sucumba el enfermo. La muerte sobreviene de dos modos segun Brachet (loc. cit., p. 62), empezando, ora por el encéfalo, cuyo órgano demasiado escitado deja de obrar sobre los demas, de modo que consecutivamente se detiene la respiracion, no se verifica la hematosis y se completa la muerte; ora por los pulmones, en cuyo caso la respiracion, dificultada por las contracciones irregulares de los músculos que le estan destinados, se ejecuta imperfectamente, los pulmones se infartan, solo los atraviesa en parte la sangre, y es inminente la sofocacion; la cual sobreviene al cabo si no se hacen los movimientos mas regulares restableciendo la respiracion y la circulacion. Por último, puede sobrevenir un síncope y prolongarse bastante para no permitir que el enfermo vuelva á la vida. Todas estas diversas circunstancias se esplican suficientemente por las alteraciones que se encuentran en el cadáver y de las que ya hemos hablado. En las convulsiones tónicas, sobre todo en el tétanos, la causa principal de la muerte parece ser la asfixia, que precede á la congestion encefálica; sucediendo comunmente lo contrario en las clónicas, en donde la hiperemia cerebral y la fluxion serosa en las membranas del cerebro, son las que presiden por punto general á la cesacion de la vida.

»Las convulsiones sintomáticas terminan de distinto modo: las que revelan la existencia de una flegmasía de las meninges ó de la sustancia nerviosa encéfalo-raquidiana, marcan el período de espasmo ó de irritacion, como dice muy bien Lallemand (*Rech. anat. path. sur l'enceph. et ses dep.*, t. I, p. 242). El curso del mal puede detenerse en esta época, ceder progresivamente las convulsiones y restablecerse la salud. Cuando la inflamacion hace nuevos progresos, se prolonga ó produce mayores alteraciones, desaparecen tambien las convulsiones; pero el enfermo entonces cae en un estado de paralisis y de postracion, que en este caso precede casi siempre á la terminacion funesta. Ya hemos insistido bastante sobre esta cuestion al tratar de la meningo-cerebritis y escusamos entrar aqui en mas pormenores. Las convulsiones sintomáticas de una congestion cerebral, que han sido descritas por Andral (*Clin. méd.*, t. V, p. 247; 1834), duran á lo mas algunas horas y desaparecen de pronto sin dejar vestigio alguno. Las que caracterizan un estado anémico de los centros nerviosos (Andral, loc. cit., p. 299) pueden ocasionar inmediatamente la muerte, ó ir seguidas de accidentes comatosos. Resulta, pues, que la terminacion de las convulsiones sintomáticas es bastante variable, y que muchas veces puede ilustrarnos sobre la naturaleza del mal.

»Las convulsiones simpáticas, cuyo estudio no parece hallarse bastante adelantado, terminan en general con cierta rapidez, cuando se modifica notablemente el padecimiento orgánico que las producia. No es raro observar en los niños y en las mujeres nerviosas, impresionables, convulsiones que sobrevienen de repente á consecuencia de una indigestion, de una ligera irritacion gastro-intestinal, del estreñimiento prolongado, de la presencia de ascárides en el intestino, de las denticiones difíciles y del esfuerzo hemorrágico que precede á la evacuacion menstrual, etc.; en cuyos casos basta remover la causa, para que cese el efecto simpático, y desaparezcan las convulsiones sin dejar vestigio alguno.

»Fenómenos consecutivos.—Brachet (loc. cit., p. 46) insiste muy particularmente en los efectos que pueden ocasionar las convulsiones. Dice que en las partes convulsas se sienten á veces dolores agudos, que resultan de la tirantez de las fibras musculares, la compresion de los filamentos nerviosos, el aumento de volúmen y el endurecimiento del tejido carnoso. Tambien suelen sobrevenir equimosis, que á veces son muy estensos y otras limitados á ciertas partes del miembro afectado de convulsiones, debidos á una exhalacion sanguínea acaecida en el tejido de la piel ó á la dislaceracion de algunos capilares, y que nada tienen de peligroso. En ciertos casos se han observado lujaciones ó fracturas, accidente que ha sido mencionado por los autores, especialmente por Lieutaud (*Hist. anat. méd.*, t. II, p. 351), pero que es bastante raro. Uno de nosotros ha tenido ocasion muchas veces de reducir una lujacion del hombro, que sobrevenia en un jornalero que vivia inmediato al hospital de San Luis, cuantas veces era invadido por convulsiones epilépticas, que padecia con mucha frecuencia. Baumes (*Traité des convulsions dans l'enfance*, p. 352) coloca la asfixia entre los accidentes de las convulsiones. Brachet critica las opiniones de los que pretenden que estas pueden degenerar en epilepsia (Maisonneuve,

Traité de l'epilepsie, p. 60, 68, 69, 91 y 97), mania (Esquirol, *Dict. des sc. méd.*, t. XVI, p. 195; Foville, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 521) idiotismo (Gardien y Tissot; *Traité des nervs.*, t. IV, p. 214), paralisis (*Journ. de med.*, 1787, t. LXXII, p. 107; Boerhaave, aph. 1060) etc.; y dice, que las enfermedades de que se trata pueden suceder á las convulsiones, pero que estas no son entonces mas que el primer fenómeno del mal que les sucede. Esta opinion, asentada tan absolutamente como proposicion general, es susceptible de fundadas objeciones. No puede decirse que la epilepsia sea constantemente el primer grado de la demencia; pero sí es indudable que esta sigue muchas veces á aquella. Puede establecerse esta correlacion con alguna apariencia de verdad, teniendo en cuenta las alteraciones que determina el acceso epiléptico en los centros nerviosos.

»Especies y variedades.—No nos detendremos aqui á estudiar las numerosas variedades que se observan en las enfermedades convulsivas, pues no queremos entrar en la apreciacion de especialidades fisiológicas; y por otra parte, las divisiones que ya dejamos indicadas nos dispensan de ocuparnos ahora en pormenores que serian superfluos. Tampoco insistiremos mas en las complicaciones que se observan en semejante caso.

»Diagnostico.—Sucede bastante á menudo, que ya por eximirse de las armas, por escitar la conmiseracion del público, ó por permanecer en un hospital, simulan algunos individuos contracturas ó convulsiones, y el médico es llamado para averiguar la verdad. Los médicos legales insisten bastante en los medios de descubrir esta supercheria. Orfila (*Med. leg.* t. I, p. 395; 1836) indica, siguiendo á Percy y Laurent, los procedimientos que deben adoptarse para aclarar este punto, y cree, que puede sospecharse la simulacion en los casos de contractura, cuando los músculos del antebrazo se hallan contraidos y tensos y el miembro bien nutrido. Sometiendo entonces las partes á una fuerza que propenda á combatir la contraccion, se apodera con el tiempo la fatiga de los músculos del paciente y cede de pronto la contractura. «Distínguense fácilmente las convulsiones simuladas de las verdaderas, dice Orfila, loc. cit., p. 337), porque en las primeras no estan rígidos los músculos, y se hallan lejos de contraerse con la misma energia y prontitud que en las segundas, bastando para descubrir el fraude, obrar con fuerza sobre los músculos antagonistas.»

»Hay otra cuestion de diagnóstico muy interesante bajo el punto de vista práctico, y á veces harto difícil de resolver, de la que no han tratado generalmente los autores, y es la de establecer una distincion entre las convulsiones idiopáticas, las sintomáticas y las simpáticas. En efecto, ¿podremos juzgar de la gravedad de este accidente, ni aplicar un remedio apropiado á su naturaleza, ignorando esta circunstancia principal? ciertamente que no. Es preciso, pues, estudiar con algun cuidado este punto á pesar de la oscuridad de que se halla rodeado.

»Las convulsiones idiopáticas sobrevienen en general de repente; atacan á personas que gozan en la apariencia de la salud mas completa, y llegan en un momento á su mayor grado de intensidad, para desaparecer luego de pronto, quedando el paciente sumergido en un abatimiento mas ó menos profundo, comunmente de corta duracion, y que se disipa al recobrarse la salud. En el intervalo de estas convulsiones no se observa ningun desórden funcional importante; no hay fiebre, cefalalgia, desórden de las ideas y de los sentidos, modificacion del calor cutáneo, ni cambio notable de las funciones secretorias; la digestion se efectua regularmente, sucediendo lo mismo con la nutricion, sin que jamás sobrevenga enflaquecimiento. En general suelen desarrollarse los ataques bajo la influencia de un modificador estimulante de los centros nerviosos; se manifiestan espontáneamente con intervalos mas ó menos largos, y ceden, ora sin hacer remedio alguno, ora al uso de algunos antiespasmódicos, y lo que es mas frecuente, á los solos progresos de la edad; constituyendo propiamente hablando, mas bien un accidente que una enfermedad.

»Las convulsiones sintomáticas de una modificacion mas ó menos profunda de los centros nerviosos van por lo comun precedidas de algunos fenómenos, que anuncian su aparicion próxima. Pueden considerarse como fenómenos precursores, una cefalalgia mas ó menos intensa, la exaltacion de la sensibilidad, algun trastorno de la inteligencia, y muchas veces un poco de fiebre. Estos accidentes adquieren mayor intensidad durante las convulsiones; el dolor de cabeza es violento; los ojos estan brillantes y desviados; el enfermo se agita al menor ruido; la sensibilidad tactil se halla tan aumentada, que el menor contacto nuevo aumenta los fenómenos espasmódicos; habla el paciente sin cesar con incoherencia, y prorumpe en alaridos; los latidos de las arterias adquieren mas desarrollo y resistencia; el calor de la piel es mayor sobre todo en la cabeza hácia la frente; las secreciones y exhalaciones son raras; la lengua está roja y seca; la sed es viva; sobrevienen vómitos por intervalos, y existe un estreñimiento pertinaz. Los espasmos musculares pierden lentamente su violencia, y las convulsiones, que suelen prolongarse doce ó veinticuatro horas, sin ninguna remision satisfactoria, se trasforman en una postracion notable de los órganos de la inteligencia, sensibilidad y movimiento. Tal es al menos la fisonomía de los accidentes convulsivos que complican la meningitis, la encefalitis y todas las producciones accidentales que sostienen un padecimiento permanente en los centros nerviosos. Hay convulsiones sintomáticas de la congestion ó anemia del cerebro, que tienen un

curso mas rápido, y que no se complican con los desórdenes generales que acabamos de trazar, por lo que es mas difícil distinguirlas de las idiopáticas. Pero entonces la edad del individuo, las circunstancias anteriores al accidente que acaba de esperimentar el enfermo, y el estado general en que se encuentra su salud, pueden servir muy bien para ilustrar al médico.

»Las convulsiones simpáticas dependen siempre de una perturbacion oculta ó manifiesta de alguna funcion necesaria para la conservacion de la salud. Ora provienen de la accion anormal de los órganos digestivos, de una indigestion, de una saburra gástrica ó de una irritacion simple ó inflamatoria del tubo intestinal; ora complican á una enfermedad del útero, una neumonia, etc. En su curso tienen la mayor analogia con las idiopáticas; pero si se atiende cuidadosamente al modo como se desempeñan todas las funciones del individuo que las padece, es fácil reconocer su orígen.

»Importaria mucho, sin duda, establecer entre todas las afecciones convulsivas consideradas como enfermedades distintas, una línea de demarcacion que pudiera guiar al práctico; pero este examen diagnóstico pertenece á la historia especial de la epilepsia, del histerismo, etc.

»Pronóstico.—Todos los médicos que han estudiado cuidadosamente las convulsiones, convienen en que el pronóstico de este accidente morboso está subordinado á las causas que lo determinan, á los individuos que lo padecen y á las formas que afecta. Hé aquí lo que dice Jolly (loc. cit., p. 482) sobre este punto: «Las convulsiones son en general tanto menos peligrosas, cuanto mas fáciles de producirse, y por eso tienen menos gravedad, á igualdad de circunstancias, en la mujer que en el hombre, en las jóvenes que en las que cuentan mas edad, y en los habitantes de las ciudades que en los del campo; cuya observacion no se ocultó al ilustre Areteo cuando dijo: «Mulieres nervo»rum distensionibus magis opportunæ sunt »quam viri; sed et frecuentius etiam liberan»tur» (lib. I). Todas las convulsiones que resultan de un esceso de susceptibilidad nerviosa, como las provocadas por las cosquillas, la alegria, la cólera, el miedo, los olores ó sabores desagradables y las sensaciones venéreas, cesan comunmente por sí mismas con la causa que las ha dado origen, sin que traigan el menor peligro. Pero no sucede lo mismo con las que dependen de un estado patológico, de una irritacion de los centros nerviosos ó de una flegmasia de las meninges y de la sustancia cerebral ó raquidiana; pues entonces casi siempre es funesto el pronóstico de las convulsiones, y subordinado siempre á la gravedad de la enfermedad de que proceden. Son del mas fatal agüero en las encefalitis de forma atáxica, en las fiebres tifoideas, gastro-cefalitis, etc. Las que sobrevienen durante el embarazo, en el acto del parto y aun despues de este, son en general mas peligrosas que las que aparecen en otras épocas. Son casi siempre funestas, cuando se manifiestan en el curso de las enfermedades agudas. Las que provienen del trabajo de la denticion, y de la presencia de vermes en los niños, tienen mucho menos gravedad, que las que se presentan como síntoma de una aracnoiditis ó de una gastro-enteritis aguda. Son igualmente menos graves las que se manifiestan al principio de las fiebres eruptivas, que las que sobrevienen al final de estas enfermedades; y aun Stoll las consideraba en el primer caso de feliz agüero.» Para reasumir lo que precede, y espresarnos con mas precision, diremos, que las convulsiones idiopáticas pasageras no deben llamar mucho la atencion del médico, puesto que no comprometen la salud del individuo que las padece; que las idiopáticas habituales, como el histerismo, la epilepsia, etc., tienen mas valor con respecto al pronóstico, aunque si este es mas grave en la epilepsia, es á causa de la dificultad que hay en curarla, y de las complicaciones que suele acarrear con el tiempo; y que la gravedad de las simpáticas y sintomáticas es variable, segun que las enfermedades que las producen directa ó indirectamente, sean capaces de comprometer de un modo mas ó menos funesto la salud ó la vida. Las simpáticas de una indigestion ó de una irritacion ligera del tubo digestivo, no pueden considerarse tan graves, como las que sobrevienen en los casos de enteritis, ó las que complican la afeccion tifoidea (Louis, *Rech.*, etc., t. II, p. 178). Las sintomáticas de una anemia ó de una ligera congestion de los centros nerviosos, no son por cierto tan funestas, como las que caracterizan la meningitis, la encefalitis y el hidrocéfalo agudo. Seria inútil insistir mas sobre esta materia, pues aqui no podemos salir de generalidades.

»Causas.—Para comprender bien el modo de accion de las causas que producen las enfermedades convulsivas, conviene partir de un hecho fundamental, á saber; que el desórden de la motilidad anuncia de seguro una modificacion patológica correspondiente del sistema nervioso; que toda perturbacion del movimiento muscular, en una palabra, todo acto convulsivo no es mas que un síntoma, que revela el padecimiento de dicho sistema, pudiendo depender de dos órdenes de causas muy distintas: ó bien de un simple trastorno de la inervacion sin que pueda descubrirse la menor lesion material, ó bien de desórdenes de los centros nerviosos, que dejan en el cadáver vestigios suficientes para esplicar la agitacion de los músculos; y que á veces, en fin, no debe buscarse en el sistema nervioso el origen de las convulsiones, sino en las vísceras mas ó menos alteradas, que han obrado simpáticamente sobre el cerebro. De aqui resultan las convulsiones idiopáticas ó esenciales, las sintomáticas y las simpáticas. Nosotros examinaremos sucesivamente: 1.º las causas orgánicas; 2.º las fisiológicas, y

3.º las patológicas, que tienen su asiento: A en un punto cualquiera del sistema nervioso; y B en un tejido ó en una víscera. Este es el mismo órden que adopta Jolly (art. cit.). Brachet las estudia segun que obran: 1.º directamente sobre el cerebro; 2.º sobre las estremidades terminales de los nervios, y 3.º sobre el trayecto de estos.

»*Causas orgánicas.*— Hay individuos que ya desde su nacimiento ofrecen una disposicion á contraer las enfermedades convulsivas. Se dice y repite en todas las obras que los padres nerviosos, y las mujeres que han cometido toda especie de escesos durante el embarazo, ó esperimentado durante él disgustos, padecimientos morales vivos, ataques de melancolía, etc., dan á luz hijos cuyas enfermedades revisten la forma convulsiva (Brachet, obra cit., p. 371). Igual predisposicion se ha notado respecto de las neurosis intestinales. La trasmision hereditaria es una causa cuya influencia no puede dudarse; pues hay familia en que todas las criaturas perecen sucesivamente de enfermedades convulsivas. Los niños estan mas espuestos á padecerlas que los adultos, y las mujeres mas que los hombres. ¿Dependerá tal vez de los trastornos que acompañan tan á menudo á la menstruacion, ó de su temperamento nervioso, educacion y vida sedentaria, el que esten mas sujetas á todas las neurosis y convulsiones? Permitido es suponer que concurran simultáneamente todas estas circunstancias. Se ha dicho tambien, que el desarrollo considerable de la cabeza es una causa orgánica de la enfermedad; pero esta asercion, emitida hace poco, debe aceptarse con mucha reserva, pues sabido es en efecto, que los niños escrofulosos y tuberculosos suelen sucumbir al hidrocéfalo agudo, como tambien á consecuencia de meningitis tuberculosas; y que muchas veces en el hidrocéfalo crónico, el derrame de cierta cantidad de serosidad aumenta algo el volumen de la cabeza desde el principio de la enfermedad, antes que se halle bastante caracterizada para poderla reconocer.

»*Causas fisiológicas.*—Toda escitacion viva del cerebro es una causa frecuente de las convulsiones. El ejercicio inmoderado de las facultades intelectuales, las cavilaciones escesivas, los trabajos de cabeza y de memoria, especialmente en los niños, las vigilias prolongadas, las emociones morales vivas, el temor (esta causa es muy evidente en la epilepsia y el córea), la cólera, la indignacion y los celos, la imitacion (v. Córea, Epilepsia), el hábito de fingir ataques convulsivos, y las profundas meditaciones sobre objetos de religion y de piedad, son otras tantas causas fisiológicas que modifican mucho la economia y la disponen á las convulsiones. En otros casos no es solo el ejercicio de las funciones cerebrales el que determina esta accion funesta, sino tambien las sensaciones demasiado vivas ó prolongadas mucho tiempo, como la impresion de una luz viva, un ruido imprevisto, y las moléculas asi odoríferas como saporíferas; aunque es preciso que haya una disposicion especial, una idiosincrasia, para esplicar los accesos convulsivos que sobrevienen en estos casos. Hay personas que son acometidas de espasmos muy intensos, por el solo hecho de oir mascar una manzana ó una pera cruda; Barras (*Traité des gastralgies*, p. 290; 1829) habla de una señora, que los esperimentaba cuando llegaba á sus oidos el ruido que produce el roce del tafetan, y Lorry ha conocido á otra, que solo con mirar un alfiler era atacada de movimientos convulsivos. Seria nunca acabar si quisieramos indicar los hechos relativos á estas idiosincrasias.

»La denticion, la primera aparicion de las reglas, la pubertad en ambos sexos, el abuso del coito, la masturbacion, la concepcion, el embarazo, el parto, y en una palabra, todos los cambios fisiológicos considerables de la economía suelen marcarse con movimientos convulsivos. Diremos sin embargo, que la influencia de estas causas en la produccion de las convulsiones está lejos de hallarse bien establecida, y hé aquí algunas pruebas. Bouteille dice que la revolucion de la pubertad tiene gran parte en el desarrollo del córea; Sydenham coloca por el contrario el máximum de frecuencia de los diez á los doce años en la mujer y á los catorce en el hombre, y otro observador opina que los jóvenes la padecen con mas frecuencia de los seis á los diez años, que de los diez á los quince (v. Córea). En cuanto á la epilepsia, no está demostrado que sea mas frecuente en la época de la menstruacion, que en los años que la preceden.

»*Causas patológicas.*—Estas pueden ocupar el cerebro y sus dependencias ó las demas partes de la economia: en el primer caso se llaman las convulsiones sintomáticas, y simpáticas en el segundo. Entre las enfermedades cerebrales que ocasionan diversas especies de convulsiones, solo indicaremos la encefalitis parcial ó difusa, la apoplegia en cierta época de su curso, el reblandecimiento inflamatorio ó senil, las diversas especies de hiperemia cerebral, y todos los productos de nueva formacion que tienen su asiento en el cerebro, la médula y sus cubiertas membranosas ú óseas, etc. No entraremos en una estéril enumeracion de las enfermedades en que se presentan como síntoma las convulsiones, pues semejante procedimiento debe desecharse severamente de la ciencia en la actualidad. Para dar una idea del modo como obran las causas morbosas que alteran la inervacion del cerebro, las reduce Jolly á cuatro: 1.º es directa la influencia del cerebro en la produccion de las convulsiones, cuando estas resultan de una enfermedad del órgano ó de una sensacion insólita exagerada, que destruye de pronto la coordinacion de las acciones musculares; 2.º es indirecta ó simpática, siempre que el verdadero orígen de las convulsiones, y por consiguiente del estímulo

cerebral, provenga de alguna lesion de tejido, como heridas, dislaceraciones, la presencia de vermes ó una flegmasia del tubo digestivo; 3.° en ciertas enfermedades, como el tétanos, la rabia y la epilepsia, las convulsiones dependen al parecer de la accion exagerada del cerebro, que imprime á la fuerza motriz la misma exageracion de accion, en cuyo caso la influencia del cerebro se llama positiva; 4.° esta es negativa en las demas convulsiones, en que la motilidad es difícil, irregular é incierta, como sucede en el córea, en el temblor senil y en los movimientos automáticos de los idiotas y dementes. Mucho trabajo costaria establecer estos cuatro modos de acciones cerebrales, que no comprenden á nuestro parecer todos los géneros de influencias que ejerce el órgano encefálico. Desde luego no está demostrado que la influencia del cerebro sea negativa en las enfermedades citadas por el autor; pues lo que llama la atencion en el córea, en el temblor mercurial, etc., es la irregularidad, la ataxia, y no la falta de contraccion muscular. En las enfermedades en que se halla la sangre envenenada por un miasma deletéreo, hay ciertamente mas que una simple disminucion ó que una cesacion de la irritabilidad muscular. En las hemorragias considerables puede sostenerse, que las convulsiones dependen de la falta de estímulo de la pulpa nerviosa, debida á la mucha pérdida de sangre que ha sufrido el sugeto. El modo como obran todas estas causas es muy oscuro, como generalmente sucede con todo lo que concierne á la naturaleza íntima de las funciones cerebrales.

»Tratamiento.—En el tratamiento de las convulsiones nunca deben perderse de vista las tres grandes divisiones que dejamos establecidas, sopena de cometer los errores mas graves. Sin embargo, todos los dias estamos viendo médicos que no tienen presente, que los movimientos espasmódicos suelen proceder de una lesion orgánica muy apreciable. Comunmente se limitan á tratar este síntoma que es fugaz y de poca importancia, á menos que se le asigne su verdadero valor patológico. Lo primero pues que debe hacerse en todo movimiento convulsivo, sea tónico ó clónico, continuo ó intermitente, etc., es localizar el síntoma; con cuyo procedimiento se consigue casi siempre determinar si la convulsion es sintomática, idiopática ó simpática. Sin embargo, confesamos que no siempre es posible conocer la naturaleza y asiento del mal; en un niño, por ejemplo, en quien sobrevengan convulsiones algun tiempo despues de haber espelido lombrices, es muy sencillo declarar, como hacen muchos médicos, que existe una afeccion verminosa; pero la inutilidad del tratamiento, un estudio mas profundo de los demas síntomas y la aparicion de fenómenos mas notables, suelen venir muy luego á demostrar el error de diagnóstico.

»No puede indicarse de un modo general el tratamiento de las convulsiones, pues obrando así, nos espondriamos á cometer grandes faltas en el uso de los agentes terapéuticos, y ademas no hariamos otra cosa que trazar reglas comunes, que á todo se aplican y para nada son buenas. Cuál puede ser el éxito de una medicacion hecha al acaso ó dirigida contra síntomas tan variables en su forma, intensidad y curso, como los movimientos convulsivos? Es lógico describir un tratamiento de las convulsiones en sí mismas? Brachet, que les niega con razon la cualidad de enfermedades, y no ve en ellas mas que un síntoma, cree sin embargo que deben esponerse los medios capaces de disiparlas, combatiendo directamente la irritacion, sin tener en cuenta las circunstancias accesorias que pueden producirla, y habla del uso de los calmantes y antiespasmódicos. Pero no creemos conveniente imitarlo, temerosos de seguir los pasos de las escuelas antiguas, y de aconsejar medicaciones, que sean á veces mas deplorables y dañosas que la falta de todo tratamiento. Indicaremos solamente la profilaxis de las convulsiones, las precauciones que deben tomarse durante los accesos, y en fin, algunos de esos remedios que nos vemos obligados á mencionar por conformarnos con el uso.

»La infancia es la edad en que mas frecuentemente se observan convulsiones, y es por lo tanto preciso hacer que guarden una higiene severa en esta época de la vida los niños predispuestos á padecerlas, ya por su constitucion y enfermedades anteriores, ó ya por la funesta herencia que les han trasmitido sus padres. La pureza y renovacion del aire, una temperatura igual y suave, la insolacion, la estremada limpieza que permita á las exhalaciones, tan abundantes en la edad infantil, verificarse con facilidad, una alimentacion suficientemente reparadora, los paseos y un ejercicio moderado de las facultades intelectuales, etc., etc., son los medios mas apropiados para evitar el desarrollo de las convulsiones. Seria preciso examinar toda la higiene, si hubieramos de referir todas las circunstancias que los autores consideran como causas de la enfermedad que nos ocupa, pues no hay un solo modificador, que no se haya considerado como capaz de producir las convulsiones: se enumeran las frutas ágrias, los lacticinios, la lactancia artificial ó confiada á una nodriza estraña, los alimentos demasiado azoados, la falta de ejercicio, etc. El cambio de lugar, el cuidado de evitar todas las emociones morales vivas, las distracciones sostenidas, el uso de los baños tibios ó de mar y la natacion, son tambien útiles, cuando se reproducen las convulsiones sin que parezcan depender de ninguna lesion coexistente. Muchas veces nos conduce directamente al remedio el examen de la causa que ha provocado el mal. Los disgustos, los celos, los padecimientos amorosos, los trabajos intelectuales y los escesos venéreos, sostienen ó producen la enfermedad, la que cesa en el momento que se remueven todas estas causas. Conviene, pues, ante

todo enterarse cuidadosamente de las circunstancias conmemorativas mas leves, pues no haciéndolo, nos esponemos á encontrarnos muy perplejos al indagar el origen de la enfermedad y establecer su tratamiento. Las convulsiones que dependen de los escesos venéreos, de la masturbacion, del uso momentáneo ó prolongado de las bebidas alcohólicas y del inoportuno ó escesivo de las preparaciones opiadas, cesará con la causa que las ha producido. Hay mujeres en quienes se presentan los movimientos convulsivos en las épocas menstruales ó durante el embarazo. ¿Quién ha de creer que pueda aconsejarse un solo tratamiento cuando son tan diversas las causas?

»Se ha dicho que el mejor medio de combatir el movimiento convulsivo son las emisiones sanguíneas; pero ¿cuántas contraindicaciones no presentan estas, aconsejadas de un modo tan general? En el caso de decidirnos á poner sanguijuelas, sin saber el asiento y causa de la convulsion, es preciso colocarlas en la base del cráneo, detrás de las orejas; recurriendo al mismo tiempo á las aplicaciones de agua fria á la frente y sienes, y provocando una viva irritacion cutánea por medio de sinapismos, baños de pies ó vejigatorios volantes. Tambien podemos obrar sobre el tubo digestivo valiéndonos de los purgantes, como los calomelanos, las lavativas irritantes, las sales alcalinas, etc. En seguida vienen las bebidas llamadas antiespasmódicas, preparadas con la tila, el naranjo, la valeriana, la menta, y todas las sustancias que llevan dicho nombre, como el alcanfor, el almizcle, el castóreo, el éter, el óxido de zinc, el sulfato de quinina, la quina y los opiados. Pero es preciso usar con mucha reserva estos medicamentos, sobre todo los últimos, porque tienen tendencia á producir congestiones cerebrales. El colapso momentáneo que de estas resulta, se ha considerado mas de una vez como un alivio; pero bien pronto vuelven á presentarse los accidentes convulsivos con mayor intensidad, como ha sucedido en algun caso que nosotros hemos presenciado.

»Con los agentes terapéuticos que acabamos de mencionar, no se hace mas que combatir los fenómenos convulsivos, y cuando estos se curan por tales medios, es porque dependian únicamente de un simple desórden de la inervacion. Asi es como cesan en las mujeres esos movimientos espasmódicos tan raros, que no se sabe muchas veces á qué causa atribuirlos, y que se comprenden con la denominacion complexa y poco médica de *espasmo* ó *ataque de nervios*. El histerismo y las neuralgias suelen ser su verdadera causa, y como los antiespasmódicos y los tónicos gozan de cierta eficacia en el tratamiento de estas enfermedades, y se han tomado por convulsiones de otra naturaleza muchas que solo reconocian este orígen, no debe estrañarnos que parezcan haberse curado tan á menudo con semejantes remedios. Por lo demas, cuando no podemos averiguar la verdadera causa de la convulsion, como sucede en los niños, aunque no tan frecuentemente como se dice, es preciso recurrir al tratamiento que acabamos de indicar; puesto que es el mas apropiado á la naturaleza misma del síntoma. Pero felizmente, el número de casos en que nos vemos obligados á emplear una medicina puramente sintomática, se va haciendo cada vez mas raro por los incesantes progresos que hace el arte del diagnóstico.

»El *tratamiento de los accesos convulsivos* se funda en el conocimiento de la enfermedad, y no debe diferir esencialmente del que se dirige contra ella, aunque hay algunas indicaciones especiales que es útil mencionar. Cuando la congestion cerebral es muy fuerte, cuando la sangre se infiltra en el tejido celular subcutáneo, la cara se pone lívida y tumefacta, y la respiracion es difícil, conviene sin esperar mas facilitar la circulacion abriendo la vena. Verdad es que la congestion es consecutiva á las convulsiones; pero no por eso es menos urgente la indicacion en este caso, y por otra parte la evacuacion alivia casi siempre la enfermedad de que es síntoma el ataque espasmódico. La deplecion sanguínea está indicada, cuando el acceso convulsivo se prolonga mucho tiempo y se presenta algun signo de hiperemia cerebral, ó se teme una hemorragia encefálica.

»Algunas veces pierden los enfermos el sentimiento y el movimiento, y quedan en un estado que impone mucho. Entonces es preciso escitar la sensibilidad y el influjo del cerebro con los irritantes de toda especie, aplicados á la periferia cutánea, valiéndonos de los olores fuertes, como los que se desprenden del vinagre, del amoniaco y sus compuestos, las aguas espirituosas, el humo procedente de la combustion de una pluma, de la cerda ó del azufre; de algunas cucharadas de una agua aromática escitante introducida en la boca, como la de flores de naranjo y la de valeriana, de un elixir, etc., de la aplicacion de revulsivos fuertes á las estremidades, como ventosas y sinapismos, de la vesicacion con el agua hirviendo ó aun con el martillo de Mayor, de fricciones hechas en los miembros con licores estimulantes ó la pomada amoniacal, etc. Tambien se han aconsejado las lavativas y las inyecciones de humo de tabaco: estos medios son peligrosos; pero no por eso deben proscribirse enteramente. Por último, cuando todos ellos son inútiles, es necesario establecer una respiracion artificial insuflando aire en los pulmones.

»Brown, de la Nueva Orleans, dice haber aliviado el mal y acelerado la curacion de las convulsiones, comprimiendo gradualmente y con fuerza la region epigástrica; y añade que cuando se suspende este medio mecánico, vuelven á presentarse los movimientos convulsivos con nueva intensidad. La compresion produce un alivio notable en ciertas personas, sobre todo si el mal depende de una afeccion histérica. Puede decirse en general, que comprimiendo

fuertemente las partes convulsas, no se aumenta sensiblemente el dolor, y aun muchas veces se disminuye.

»En estos últimos tiempos se ha preconizado la compresion de las carótidas, como un medio apropiado para que cesen las convulsiones, y aun como agente terapéutico. Ya Preston habia ligado este vaso en la epilepsia; Authenrieth habia ensayado su compresion en las convulsiones; Blaud en la fiebre cerebral, y Liston, Earle, Livingston, Kelly y Parry, en otras enfermedades (carta de Dezeimeris á la Academia de ciencias, octubre 1837). Trousseau ha conseguido últimamente con este medio disipar una convulsion muy alarmante, que se habia resistido á todos los demas puestos en uso. La persona á quien se refiere esta observacion era un niño de ocho años, atacado de la enfermedad que se llama *eclampsia*. Los movimientos espasmódicos habian durado dos horas, y cesaron en algunos segundos con la compresion hecha en la carótida izquierda: las convulsiones ocupaban el lado derecho. El médico que acabamos de citar juzga útil la compresion en las convulsiones congestivas, dependientes de un movimiento fluxionario hácia el cerebro (*Journ. des conn. médico-chirurg.*, octubre 1837, p. 183, 5.º año). Sin salir fiadores de la eficacia y prontitud con que obró la compresion en este caso, creemos que debe esperimentarse este agente curativo, que no ofrece ningun inconveniente.

»Las afusiones frias, repetidas una ó mas veces, durando cada una de ellas algunos minutos, deben usarse con precaucion. Sin embargo, son demasiado exagerados los temores que á algunos inspiran, pues dirigidas hábilmente, pueden suspender los accesos convulsivos, como lo hemos visto en dos individuos, cuyas convulsiones parecian referirse á pérdidas seminales copiosas y á escesos del coito. El médico y las personas que rodean á los enfermos en sus ataques no deben hacer mas que sostenerlos, dejando á los miembros y al cuerpo la libertad de moverse, y absteniéndose tambien de los estimulantes demasiado fuertes, á los que el paciente es al principio insensible, pues algunas veces producen bronquitis, laringitis é irritaciones gástricas (v. Neurosis).

»Historia y bibliografia.—Ya dejamos espuestas las numerosas distinciones que introdujeron en el estudio de las convulsiones los autores antiguos; y sin volver á tratar aqui de esta materia estéril, de que ya nos hemos ocupado al hablar de las *divisiones*, trataremos principalmente de demostrar el motivo de que no haya podido salir del caos en que estaba sumergida la historia de las enfermedades convulsivas, hasta una época muy próxima á nosotros. Los antiguos llamaron al principio *espasmo* á todo movimiento convulsivo; cuyo término genérico comprendió desde entonces las enfermedades convulsivas, y aun varias otras que no tenian este carácter. Hipócrates describe la mayor parte de las enfermedades convulsivas, como el tétanos, la eclampsia, la epilepsia y las convulsiones de los niños (Aphor. 17, 20, 22, 65, sec. V, aphor. 25, sec. VII; aphor. 57, sec. IV; aphor. 115, sec. VII; aphor. 39, sec. VI y passim); y á él se debe el célebre aforismo de: *a repletione aut ab evacuatione fit convulsio* (aphor. 39, sec. VI), que comentado é interpretado de muchos modos, ha servido á los autores para atribuir todas las convulsiones á una ú otra de estas dos causas.

»Tambien Galeno adopta estas dos grandes causas de convulsiones, la *replecion* y la *evacuacion*, á las que agrega en algunos casos la irritacion, provocada por un humor existente en el cerebro; y refiere todas las convulsiones á tres especies, segun que la contraccion es general, ó solo anterior ó posterior, resultando el tétanos, el emprostótonos ó el epistótonos (*Method. medendi*, lib. XII; *De different. sympt.* cap. III; y *De tremor. et palpit.*). Lázaro Riverio (*Medecinæ exercit.*, art. Convul.), Zaculo Lusitano (lib. V, cap. VIII) y Haller no hacen mas que reproducir las opiniones de Galeno oscureciéndolas algo mas. Sennerto (*Instit. méd.*, lib. III, part. 3, sec. 1, cap. VIII y lib. I, página 2, cap. VIII) es sin contradiccion uno de los autores antiguos cuyas ideas han sido mas juiciosas, aunque en su obra se encuentran crasos errores.

»Willis y Delebœ (Silvio) se han ocupado mucho de las enfermedades convulsivas; pero sus trabajos estan redactados sobre bases muy diferentes, pues mientras el primero recurre á la accion de una materia espasmódica ó de cierta fuerza que llama *esplosiva*, y distingue las causas segun que obran sobre el cerebro ó sobre las estremidades de los cordones nerviosos (*Pathol. cereb.*; *De morb. conv.*); el segundo por el contrario fija toda su atencion en la acritud y acidez de los humores, en la pituita y en las diversas especies de inflamacion; pero sus ideas son muy vagas sobre este último punto, y no pueden servir de ningun modo para aclarar el verdadero orígen de las convulsiones: tambien admite lesiones de los nervios (*Opera médic.*, lib. I, cap. XLII).

»F. Hoffmann es, segun Willis, uno de aquellos cuyas obras sobre la materia acreditan mas notable penetracion, pues aun careciendo de luces anátomo-patológicas, distingue las convulsiones idiopáticas de las simpáticas, y se esfuerza en hacerlas depender de una lesion orgánica, la que á su parecer ocupa la médula espinal y sus membranas. Sin hablar de las exactas descripciones que hace de las principales formas de las convulsiones, son tan escelentes las ideas que encierra su trabajo sobre la etiología de las enfermedades convulsivas, que seria dificil encontrar hasta principios de este siglo una obra en que se hallasen mejor apreciadas (*De convulsionibus disert. medic.*, *Oper omnia*, sup. III; Ginebra, 1753). Stall refiere la causa de las convulsiones á una escitacion vital, y es-

pone con este motivo una hipótesis completamente errónea y muchas veces incomprensible. Pasamos en silencio una multitud de autores que se han ocupado de ciertas especies de convulsiones; pero debemos distinguir entre los modernos mas especialmente las obras de Tissot (*Traité des nerfs et de leurs maladies*), Baumes (*Traité des convulsions dans l'enfance*; París, 1805), Mongellaz (*Mem. sur les malad. conv.*; *Biblioth. méd.*, 1828, t. II, p. 422), y Brachet (*Trait. prat. des convulsions dans l'enfance*, en 8.°, 1837)» (Monneret y Fleury, *Compendium*, etc., t. II, p. 489-504).

ARTICULO II.

De los calambres.

«La palabra calambre representa toda contraccion tónica, involuntaria, dolorosa y pasagera, de uno ó mas músculos. Los que con mas frecuencia la padecen son los de la pantorrilla, del abdomen, plantas de los pies y dedos, los elevadores de la mandíbula superior y el esterno mastoideo. Tampoco se hallan exentos, segun algunos autores, los músculos de la vida vegetativa. Se ha dicho que el diafragma padece calambres en los coléricos; lo que Bouillaud no considera como demostrado (v. el artículo COLERA). Se ha pretendido tambien, que los músculos de la vida vegetativa se afectan de calambres como los demas en las gastralgias violentas, en la neuralgia uterina, en la enteralgia, en el cólico de plomo y en el ileo espasmódico.

»El calambre consiste en una convulsion tónica, en que los músculos se contraen con energía, sin que influya en ellos la voluntad. Esta contraccion va acompañada de un dolor agudo, y da muchas veces al músculo una dureza considerable; pudiendo constituir por sí sola todo el mal, en cuyo caso es leve y ligero, como se ve en las personas irritables dispuestas á las neurosis, y en las mujeres en la época menstrual ó al principiar el embarazo. Tambien puede manifestarse á consecuencia de un ejercicio muy prolongado del sistema nervioso y del aparato locomotor, despues de una larga caminata, de escesos venéreos, de una emocion moral viva, etc.

»El calambre es un fenómeno del que nada dicen los autores de tratados de semeiologia, y sobre el cual hay que hacer sin embargo curiosas investigaciones. Para suplir nosotros en cuanto nos sea posible el silencio que se ha guardado hasta ahora, empezaremos diciendo, que no siempre es fácil establecer una línea de demarcacion entre los calambres y las diferentes formas de convulsiones tónicas. Si seguimos escrupulosamente la definicion que dejamos establecida, llamando calambre á toda contraccion involuntaria, pasagera y dolorosa de los músculos, escluimos las contracciones tónicas del tétanos, y las que acompañan á la meningitis raquidiana; pues en efecto, aunque ambas son dolorosas é involuntarias, duran mucho tiempo y son casi contínuas. Sin embargo, Ollivier dice que el dolor y la rigidez de los músculos espinales se encuentran muy á menudo reunidos en los casos de meningitis raquidiana, y ofrecen remisiones (*Traité des malad. de la moelle epin.*, t. II, p. 288, en 8.°; París, 1837); pudiéndose tomar esta convulsion tónica, al principio de la enfermedad, por un simple calambre. En el tétanos la convulsion es tónica, dolorosa y contínua; pero tiene remisiones muy notables, en lo cual se distingue del calambre, como tambien por su duracion. El tortícolis es un calambre, pero mas continuo que el ordinario (Roche, *Nuev. elem. de patol.*, t. II). Obsérvanse ciertas contracciones ó rigideces musculares, que duran poco, y van acompañadas de dolor, bastante parecidas á los calambres, en términos de haberse confundido con ellos, al principio de la encefalitis parcial y de la mielitis de la region dorso-lumbar; y no siempre es fácil evitar este error. Advertiremos que en los calambres la estension forzada de los músculos, y la presion que se hace sobre ellos, lejos de provocar dolor, alivian á los enfermos, lo que no sucede comunmente en los casos de contraccion; la cual ademas no se disipa por las presiones, ó bien vuelve á presentarse al momento que se deja de obrar sobre los músculos convulsos.

»El calambre es las mas veces un síntoma de enfermedades bien caracterizadas, que tienen su asiento en los nervios y centros nerviosos, ó en otros órganos mas distantes. Entre las enfermedades del cerebro que lo producen en ciertos casos, debemos mencionar la hiperemia de este órgano, la apoplegia, el reblandecimiento inflamatorio y el senil; en cuyas circunstancias se presenta el calambre de un modo pasagero, y figura entre los fenómenos precursores.

»Las histéricas se quejan á veces de calambres muy dolorosos en los brazos y piernas algo antes del acceso ó inmediatamente despues, cuando los ataques han sido violentos.

»Lo mismo sucede despues de los accesos de epilepsia, de la que es tambien el calambre un síntoma precursor. Algun tiempo antes que invada la rabia, sienten los enfermos en la parte herida dolores vagos y calambres, á los que no tardan en agregarse los síntomas que corresponden al segundo período del mal. La contraccion tetánica y dolorosa que se observa en la meningitis raquidiana, y que casi siempre ocupa la parte posterior del tronco, no debe considerarse como un calambre, pues difiere de este por su duracion, como ya hemos dicho.

»Cuando la irritacion espinal, que es en sentir de Ollivier una congestion raquidiana, invade la region dorso-lumbar, suelen afectarse los miembros inferiores de calambres mas ó menos repetidos. Este médico (*Traité des*

mal. de la moelle epin., t. II, p. 283, en 8.°; París, 1837) no habla de un modo especial del calambre, considerado como síntoma de la mielitis aguda. Es preciso no confundir con este síntoma el hormigueo y entorpecimiento incómodo, que esperimentan los individuos al principio de las enfermedades de la médula, pues es un fenómeno completamente distinto. Preséntase asimismo con bastante frecuencia al principio del mal de Pott ó caries vertebral.

»Los calambres sobrevienen algunas veces en una época adelantada de la ascitis y de la anasarca, en las gastritis violentas producidas por sustancias venenosas corrosivas, y en el cólera esporádico y epidémico, constituyendo uno de los síntomas mas dolorosos y constantes de esta última afeccion. Comunmente empezaban los enfermos á esperimentarlos en el segundo período, á la época en que sobrevenian los vómitos, y ocupaban los dedos gruesos de los pies, las pantorrillas, los brazos, y casi todas las partes del cuerpo. Bouillaud los ha observado tambien en los músculos del abdomen y en los de la cara. En un enfermo sobrevino dos veces una lujacion de la mandíbula, debida á los movimientos espasmódicos de los músculos depresores de este hueso (Bouillaud, *Traité pratique theor. et stat. du chol.-morb. de París*, p. 227, 1832). Los músculos que se hallaban invadidos por calambres, formaban relieve debajo de la piel, y los rectos del abdomen parecian dos cuerdas rígidas y tensas. Esta contraccion espasmódica, ora era relativa á los esfuerzos de evacuacion, ora constituia el único síntoma del cólera.

»En una época adelantada del embarazo, cuando la cabeza del feto desciende á la escavacion pelviana, sienten las mujeres en la parte posterior de los muslos y piernas calambres muy dolorosos, producidos por la compresion que aquella ejerce sobre los nervios sacros. «Rara vez ocupan ambos muslos á un mismo tiempo» (Gardien, *Traité d'accouch.*, t. II, p. 78, 1824). Estos dolores no pueden disiparse del todo, y se alivian haciendo algunas fricciones en los miembros, ó procurando que las ligas esten algo apretadas aun durante la noche.

»Algunas cloróticas se hallan atormentadas por calambres, que ocupan los miembros inferiores, y que aparecen comunmente en la forma del mal que va acompañada de accidentes nerviosos. Tambien suelen observarse con frecuencia en los que padecen el cólico de plomo, fijándose en los músculos del abdomen, donde provocan una retraccion considerable de las paredes de este; retraccion intermitente, que se verifica cuando los dolores adquieren mayor intension (art. COL. DE PLOMB., por Bouillaud, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 212). Los calambres afectan tambien los miembros torácicos y pelvianos, los antebrazos y particularmente los músculos flexores (V. CÓLICO DE PLOMO). Los dolores agudos y lancinantes que esperimentan en el muslo los que padecen cólico de plomo, y que siguen el trayecto de los nervios ciáticos, se distinguen fácilmente de la convulsion dolorosa llamada *calambre*.

»Las *causas* de este síntoma son la compresion, la contusion, la picadura de un nervio, y mas comunmente las neurosis raquidianas ó cerebrales cuyo efecto es escitar momentáneamente una inervacion mas activa. Mas en este caso, ¿por qué el calambre ocupa solo ciertas partes del cuerpo? Esplícase esto algunas veces por la fatiga muscular que se limita á una parte; pero otras es imposible toda esplicacion. El calambre es síntoma precursor ó actual de las flegmasias de los centros nerviosos, y especialmente de la médula, aunque ha sido bastante raro en las observaciones de mielitis que contiene la obra de Ollivier. En general debemos vigilar con atencion á los que se quejan habitualmente de calambres en las estremidades, pues son en efecto un signo precursor de las lesiones del sistema nervioso; aunque se citan sin embargo individuos, que han esperimentado diariamente muchos ataques de calambres, sin que por eso sucumbieran á enfermedades de la médula, del cerebro ó de sus anejos» (MON. Y FL., *Compendium*, tomo II, p. 539-541).

ARTÍCULO III.

Del córea.

«La palabra córea se deriva de χορεια, baile, y se llama asi esta enfermedad á causa de los movimientos desordenados que ejecutan los pacientes. Los alemanes la han llamado baile de San Vito, porque los atacados de ella acostumbraban encomendarse á este santo, yendo en peregrinacion á su capilla situada cerca de Ulm en Suabia.

»SINONIMIA. — Σκελοτύρβη, Galeno, Plinio, Sauvages, Sagar; *Viti saltus*, Platero (1614), Horstius (1628); *chorea sancti Viti*, Senerto, Sydenham; *saltuosa membrorum dispositio*, Bairo; *escelotirbe pituitoso*, Preysinger; *chorea*, Linneo, Cullen, Vogel; *hiearonosis*, Macbride; *ballismus*, *choreomania*, Ploucquet; *myotirbia* Chaussier; *synclonus chorea*, Good; *clonus chorea*, Young; *ballismus chorea*, *ballismus*, Swediaur; *epilepsia saltatoria*, *chorea Viti* de varios autores.

»DEFINICION.—Dáse el nombre de córea á una enfermedad no febril, caracterizada por movimientos irregulares é involuntarios, parciales ó generales, del sistema muscular, y principalmente de los miembros. Esta agitacion, esta *locura* de los músculos, es el síntoma patognomónico de la enfermedad.

»DIVISION.—Bouteille en su *Tratado del córea*, que puede considerarse como la obra mas completa que existe acerca del particular, admite tres especies: 1.ª *esencial* (*chorea protopatica*), que está libre de complicacion y no se refiere á ninguna otra enfermedad apreciable;

2.ª córea *secundario* (*chorea deutero-pathica*), que complica ó sigue á otra enfermedad; y 3.ª córea falso (*chorea pseudo-pathica*), que tiene algo del córea propiamente dicho, pero difiere mucho de él. Estas dos últimas especies son córeas ilegítimos, que no deben ocupar el lugar que se les ha dado, y de los cuales diremos algo al tratar de las complicaciones. Tambien se ha dividido el córea en reciente ó antiguo, parcial ó general, etc.; circunstancias todas que aunque dignas de conocerse, no creemos merezcan descripciones especiales.

»ALTERACIONES ANATÓMICAS.—Si solo debieran ocuparnos las lesiones que evidentemente se refieren al córea, corto seria este párrafo, porque los mejores observadores solo han obtenido hasta el dia resultados negativos. Sin embargo, como algunos han querido ver en ciertas lesiones coexistentes ó que solo indirectamente estaban relacionadas con el córea, la causa de esta enfermedad, indicaremos rápidamente los principales hechos, que acerca de este punto contienen los anales de la ciencia. Son bastantes raros los casos en que ha permitido la muerte comprobar el estado de los órganos, y se hallan reunidos con esmero en el artículo *córea* de Blache (*Dict. de méd.*, 2.ª edicion, p. 552) y en la tésis de Dufosse (v. *Collect. des th. de la Faculté de méd.*; *De la chorée*, n.º 136; París, 1836).

»Han fijado particularmente su atencion los observadores en el sistema nervioso céfalo-raquidiano. Soemmering ha encontrado falsas membranas en el cerebro; Frank productos membranosos alrededor de este órgano, y concreciones calcáreas en la pia madre; Lelut, una vez, falsas membranas en los hemisferios cerebrales, en la cavidad de la aracnoides, y sobre la hoja interna de esta (*Gaz. méd.*, 1836); y Guersant una concrecion en la sustancia cerebral (art. *córea* de Blache, p. 553): léese un hecho análogo en el *Journ. des progrés* (t. I, 1830, p. 242). Georget dice que se ha observado el córea en niños cuyo cerebro contenia tubérculos (art. *Corée* del *Dict. de méd.*, 1.ª ed., p. 195).

»El doctor Prichard ha encontrado tres veces una cantidad considerable de serosidad en la cavidad raquidiana, y una inyeccion viva de los vasos de la médula (*Arch. gén. de méd.*, t. XIII, p. 273); y Bazin chapas huesosas á espensas de la aracnoides de la superficie del cerebelo (tés. de París, 1834). Serres, que ha hecho la autopsia de cuatro coréicos, ha visto en un caso un tumor lardáceo, implantado sobre los tubérculos cuadrigéminos; en otro una irritacion viva de estos cuerpos, acompañada de derrame sanguíneo en su base; y en los otros dos los mismos tubérculos cuadrigéminos, inflamados en su totalidad. Aunque en estos cuatro casos fueron las lesiones de naturaleza diferente, siempre ocuparon un mismo sitio, lo cual inclina á suponer que existe una relacion bastante íntima entre las lesiones de los tubérculos cuadrigéminos y el córea. Pero estos hechos publicados por Serres, se hallan invalidados por una masa imponente de casos contradictorios, y seria inútil detenernos mas tiempo en ellos (*Rev. méd.*, t. II, p. 518; 1827).

»Ha revelado ademas la autopsia cadavérica: 1.º dos veces una hipertrofia muy notable de la sustancia cortical, asi en la masa encefálica como en la médula, con inyeccion de sus membranas (Monod, *Bull. de la soc. anat.*, n.º 43 y *Rev. méd.*, t. I, 1833); 2.º una hipertrofia de la sustancia cortical (Hutin, *Nouv. biblioth. méd.*, enero 1828, p. 41); 4.º dos veces un reblandecimiento parcial de la médula espinal (Gendrin, tés. de París, 1835); 3.º una vez reblandecimiento completo de este cordon (Courtois, tés. de París, 1831); 5.º otras dos veces una disminucion en la consistencia de este órgano (en *Rech sur quelq. points de l'histoire de la ch. chez les enfants*, por Rufz, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1834, 2.ª série, p. 233); 6.º dos veces un reblandecimiento marcado de la médula (la misma mem. de Rufz); 7.º inyeccion de las membranas del cerebro y de la médula con reblandecimiento de la sustancia cerebral (Rœser, *Arch. gén. de méd.*, t. XX, p. 431); 8.º un reblandecimiento dudoso del septo lucido (Deplangue, tés. de París, 1826).

»Rostan ha visto en una mujer de cincuenta años, que tenia desde su infancia un córea del lado izquierdo, una atrofia notable de los músculos de esta parte (*Cours de méd. clin.*, 2.ª edic., t. II, p. 734).

»De lo que precede resulta, que las lesiones que se han encontrado, ora son reblandecimientos del cerebro, de la médula ó de ambos reunidos, ora una inflamacion viva con inyeccion, y en otros casos falsas membranas, derrames de serosidad y concreciones. Cada autor se ha creido autorizado para establecer relaciones de causa á efecto entre lesiones de tan varia naturaleza y los síntomas de la enfermedad. Hemos citado sin comentarios las precedentes observaciones; pero ninguna de ellas puede ser objeto de una crítica legítima; ora se reducen á complicaciones que oscurecen la enfermedad principal; ora no merecen confianza por fundarse en descripciones incompletas.

»A todos los casos en que se ha visto alguna alteracion patológica, deben oponerse los mucho mas numerosos en que nada se ha podido descubrir. En cuatro casos referidos con muchos pormenores en la memoria de Rufz (*Rech. sur quelq. points. de l'hist. de la chor.*, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1834), no se vió la menor lesion, aunque se examinaron los centros con el mayor cuidado; y lo mismo sucedió en diez casos, reasumidos por Blache en su artículo (*Dict. de méd.*, 2.ª edic., Córea, p. 552) y tomados de los autores siguientes: Rostan (*Méd. cl.*, t. II, p. 734, 2.ª ed.), Ollivier d'Angers (*De la moëlle epiniere et de ses maladies*, p. 383), Dugés (*Essai phys. et path. sur la nature de la fievre*), Guerhard y Hache (art. cit.

de Rufz, p. 31). Dufossé ha presenciado cinco autopsias hechas en el hospital de niños, en que no se observó lesion alguna que pudiera atribuirse al córea (tés. cit., 1836, p. 8).

»La inspeccion de los cadáveres de muchos animales sacrificados en diferentes épocas del córea, nada ha enseñado acerca del asiento de esta afeccion. Delafond, profesor de Alford, que la ha estudiado de un modo especial en los perros, no ha encontrado cosa alguna, ni en los centros nerviosos, los nervios y sus divisiones, ni en las cubiertas de la médula: los líquidos aracnoideos y céfalo-raquidianos continuaban en su proporcion normal, y poseian las mismas cualidades que en los animales sanos. Las observaciones consignadas en la tésis de Franquet (*De la chorée chez l'homme*, París, 1837, p. 18), prueban que las diversas lesiones comprobadas por los autores, eran efectos de complicaciones y no pertenecian á la misma enfermedad.

»Síntomas.—En la mayoria de los casos ofrecen al principio los sujetos una exaltacion manifiesta de la sensibilidad; se incomodan é irritan por el menor motivo; en otros son los movimientos mas vivos, mas impetuosos, que de costumbre, y aun á veces tienen cierto carácter estraño que se atribuye á su vivacidad; y en otras ocasiones se observan gestos, que los padres creen voluntarios, procurando reprimirlos con injustos castigos. Pero muy luego se presentan movimientos repentinos y convulsivos, que no dejan duda alguna sobre la naturaleza del mal. En vez de ser lenta y gradual la invasion del córea, puede verificarse de pronto, adquiriendo desde luego los síntomas notable intension, como sucede despues de un gran susto. Sydenham dice que el mal empieza en ocasiones por una especie de cojera, ó mas bien debilidad de una pierna, que el enfermo arrastra á la manera que los locos (Sydenham, *Opp. omnia*, §. 554). Segun Luis, empiezan en ciertos casos los movimientos coréicos por los brazos, estendiéndose muchos dias despues á la pierna del mismo lado (art. cit. de Blache, p. 550).

»*Trastornos de la motilidad.*—Lo primero que llama la atencion del médico son los movimientos insólitos de los miembros y de todo el cuerpo, que constituyen el principal signo de la enfermedad, pudiendo ocupar todos los músculos, asi de la vida de relacion como de la orgánica. Ora son generales, ora limitados á una parte del cuerpo, como al rostro ó á un miembro solamente; sin embargo, Rufz nunca los ha visto limitados á los miembros inferiores (art. cit., p. 224). Ewart, Dehaen y Gardane han observado que el córea es mas frecuente en el lado izquierdo que en el derecho. Rufz dice que entre veinticinco casos, en nueve era el córea general; en cinco ocupaba los dos miembros superiores; en otros cinco los miembros izquierdos, en uno los derechos, cuatro veces el brazo izquierdo, una el derecho, y en dos ocasiones todo el cuerpo, pero con la circunstancia de ser los movimientos mas notables en el lado izquierdo que en el derecho (Mem. cit. en *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1834, p. 224). Duges por el contrario ha visto el córea mas á menudo en el lado derecho que en el izquierdo. De veinte enfermos observados por Dufossé, seis padecian un hemicórea izquierdo ó derecho, ocho un córea general con mayor agitacion del lado izquierdo, tres un córea general con mayor agitacion del lado derecho, y últimamente dos, que eran muchachas, un córea de la cara y un brazo, en una el derecho y en otra el izquierdo.

»Varia tanto la intensidad y la estension de los movimientos del córea, que seria difícil dar una idea exacta de ellos. Frank ha descrito todas las variedades que pueden ofrecer; pero nosotros no citaremos mas que las principales. Cuando se los examina en un miembro, se vé que resultan de la contraccion involuntaria y desigual de uno ó muchos músculos, de donde proceden movimientos como á saltos, ya demasiado enérgicos, ya demasiado débiles, que indican la imposibilidad en que se encuentra el sugeto de dirigirlos conforme á su deseo. No se crea sin embargo que se hallan enteramente sustraidos al imperio de la voluntad; antes al contrario, precisamente porque esta se hace obedecer un instante, se advierte una mezcla de contracciones normales y morbosas, que dan á todos los movimientos una escesiva irregularidad. Pero los movimientos involuntarios son los que caracterizan la enfermedad, los que persisten durante todo su curso, y los que debemos especialmente estudiar. Con razon ha establecido Dufossé esta distincion en su tésis (ya citada, p. 14). Para dar una idea mas aproximada de los movimientos sintomáticos, los divide en dos séries, incluyendo en la primera los que dependen de la contraccion morbosa de los músculos, y se reconocen por los siguientes caractéres: consisten en saltos de variable intension, que dejan entre sí tiempos de reposo de duracion indeterminada; solo cesan cuando se comprime los músculos; son involuntarios y se hallan suspendidos ó al menos no son tan violentos, cuando duerme el enfermo. A la segunda série refiere los que proceden de la combinacion de las contracciones musculares de la primera clase con las sometidas á la accion de la voluntad.

»El trastorno de la contractilidad muscular presenta un caracter notable, cuya indicacion se debe á Dufossé, quien dice acerca de este punto: «Bastantes veces al principio, y casi constantemente cuando empieza á disminuir la intension del desórden muscular, ofrece el modo que tienen los coréicos de apretar los dedos un carácter que no han indicado los autores: he observado con mucha frecuencia que la presion que ejercen no es uniforme; no pueden continuarla algunos segundos, sin que en ella se distinga claramente una série de esfuerzos desiguales. Pudiera servirnos este fenómeno, es-

pecialmente cuando se presenta al principio de la afeccion, de signo diferencial para el diagnóstico de ciertos córeas.»

»*Córea en los miembros.*—Cuando son los brazos el asiento de los movimientos, se dirigen en todos sentidos. «Si aprovechando un momento de reposo se manda á un coréico que abandone un brazo á la accion de la gravedad, y si entonces se le sostiene, dándole una posicion en que esten todos los músculos en la mayor relajacion posible, se observará cuando sobrevengan las contracciones morbosas, que estas agitan el miembro haciendo, por ejemplo, que la mano vaya á chocar con la frente, con el dorso ó con la cara posterior del muslo (Dufossé, tés. cit.).» Este cuadro espresa muy bien la singularidad de los movimientos coréicos.

»Efectúanse en el brazo contracciones irregulares, que le hacen retorcerse sobre sí mismo por un movimiento forzado de pronacion ó de supinacion, de abducion ó de adducion. Si quiere el enfermo coger un objeto, ó bien escede la mano del punto á donde iba dirigida, ó si llega á tocarle, es siempre por un camino tortuoso. Si trata de llevarse un vaso á la boca, hace mil gestos antes de conseguirlo «desviándole á uno y otro lado, hasta que por casualidad tropieza con la boca, y entonces bebe de un solo trago el líquido contenido, como si quisiera escitar la risa de los espectadores» (Sydenham, cap. VIII). Aun á veces es tal la agitacion, que se derrama el líquido antes de llegar á la boca. En ocasiones, despues de habérsele llevado á varios puntos de la cara, acaba por cogerle entre los dientes y bebe con el auxilio de este nuevo modo de prehension: la estraordinaria dificultad que esperimentan para llevarse los alimentos á la boca, los obliga á reclamar la asistencia de otra persona que les dé de comer.

»Cuando se ha estendido el córea á los miembros inferiores, para dar el enfermo un paso «atrae un poco hácia sí el miembro afecto, y luego hace un esfuerzo para lanzar hácia delante el pie, cuya punta es la primera que se levanta, ó bien no se desprende del suelo para ir rozando su superficie, hasta que se ha dirigido el talon hácia fuera y arriba: en este movimiento describe la pierna un semicírculo, cojeando como si fuera mas larga que la otra. A veces despues de haber dado el paciente algunos pasos en una misma direccion, dá con el miembro agitado una trancada de lado, ó mas bien una especie de resbalon, sin que por eso deje de continuar su marcha en la direccion que llevaba desde el principio (tés. cit. de Dufossé, p. 16). Sydenham compara este modo de andar al de los idiotas (*fatuorum more*). Cuando el córea es igual en ambos miembros, la vacilacion y la incertidumbre de cada paso dá á la marcha un caracter como de saltos, que la asemeja hasta cierto punto al movimiento de esas figurillas que se mueven tirando de un hilo (Rufz).

»Cuando ha adquirido el mal su mayor intension, se hace imposible la progresion y se ven los enfermos precisados á permanecer en la cama, necesitándose en ocasiones sujetarlos en ella, no solo por medio de cubiertas sólidamente fijas, sino hasta de la camisola de fuerza. Entregados á una continua agitacion, se sueltan á veces de todos los lazos que los detienen, y se echan á rodar por el suelo, tomando las posturas mas estravagantes, y haciendo contorsiones que afligen al espectador, y reproducen groseramente las diversas evoluciones y variados saltos de los titiriteros.

»Los músculos del pecho pueden, aunque en casos mas raros, hallarse tambien afectados, resultando cierta molestia é irregularidad en los movimientos respiratorios.

»*Córea en el rostro y en el cuello.*—Difícil es imaginar una fisonomía mas movible, y al propio tiempo mas singular, que la de un coréico. Hállanse los ojos animados por un movimiento continuo de rotacion; las cejas, la piel de la frente y las alas de la nariz se contraen y relajan sucesivamente; estan los labios cerrados ó entreabiertos; la lengua se escapa de la boca con cierta rapidez, y choca á veces con el paladar en términos de producir un ruido análogo al que hacen los cocheros para escitar á sus caballos (Dufossé) ó que imita el ladrido del perro ó los gritos de otros animales (Rufz, p. 226 y Blache ob. cit., p. 549). Son sumamente grotescos y espantosos los rápidos movimientos que atraviesan el rostro, háciéndole espresar en brevísimos instantes las mas diversas y encontradas pasiones. A veces articulan los enfermos difícilmente las palabras.

»En los casos de córea intenso han notado los autores palpitaciones y cardialgia. Puede tambien existir el mal en los músculos del cuello, ocasionando movimientos continuos de estension, de flexion y de rotacion, que agregados á las contracciones de los músculos de la cara, dan á la fisonomía una espresion enteramente especial.

»Los músculos de la vida orgánica participan del córea de las demas partes del cuerpo: la deglucion es difícil; la voz dura, ronca mas ó menos discordante.

»La agitacion coréica se hace mas intensa cuando se hallan los enfermos poseidos de alguna pasion, como la cólera, la tristeza, el terror, ó cuando ven que se les examina con atencion. La menor contrariedad, el llanto, el temor redoblan la irregularidad de los movimientos, que se calman y aun cesan durante el sueño. Admira ver que los coréicos no se quejan de la menor fatiga, á pesar de esta larga y perpétua série de movimientos que los agitan. En esta afeccion, como en las demas enfermedades nerviosas, puede el sistema muscular hacer largas y violentas contracciones sin sentir un cansancio proporcionado. Si algunas veces se quejan los pacientes de dolores en las articulaciones, débese considerar este síntoma

como efecto de la neurosis general y no de los movimientos del sistema locomotor.

»La sensibilidad moral de los sugetos esperimenta cambios sumamente notables «ora son de un carácter dulce y condescendiente, ora brusco y gruñon» (Bouteille, ob. cit., p. 110). «Es su humor muy variable; lloran, se enfadan y encolerizan por el menor motivo. Esta movilidad moral puede ser bastante pronunciada, para diferir muy poco de esos estados de inquietud tan conocidos, que sienten las histéricas; lo cual constituye ordinariamente el último límite, el maximum de su exacerbacion.» Dufossé, de quien tomamos este pasage, ha observado semejante síntoma diez y ocho veces en veinte casos.

»A menudo se hallan modificadas la sensibilidad general y la inteligencia. Sin razon pretende Rufz, que los coreicos no tienen cefalalgia anterior ni posterior, ni trastornos en el ejercicio de los sentidos y de las facultades intelectuales (mem. cit., p. 227). Efectivamente, dice Dufossé, que de veinte coréicos ocho se quejaron de una cefalalgia que nada tenia de fijo respecto de su sitio ó de su duracion, y que en otros seis se notaron palpitaciones que solo podian atribuirse al córea. Vió tambien un síntoma que merece la atencion de los médicos, y que tendria cierta importancia, si se hubiera observado mas á menudo, á saber: un dolor bastante agudo, que se determinaba en dos niñas comprimiendo las apófisis espinosas de las vértebras. En uno de estos casos, despues de haberse manifestado el dolor en el raquis y en toda la parte izquierda del cuerpo, vino á ocupar la sesta, sétima y octava vértebras dorsales, sin que influyeran en él los movimientos de flexion y de estension: al cabo de cierto tiempo se trasladó el dolor á la region lumbar. En el otro caso se fijó desde luego en esta última region (tés. cit. p. 18). ¿Debe considerarse esta raquialgia, cuya duracion fué muy corta, como una complicacion, ó como un síntoma que existe en cierto número de casos y que no se ha esplorado todavía suficientemente? Solo la observacion podrá decidirlo.

»Ha colocado Georget (art. *Córea* del *Dict. de med.*, 1.ª edic., p. 193) entre los síntomas de la afeccion coréica la debilitacion de la inteligencia, la pérdida ó la disminucion de la memoria, y aun cierto grado de imbecilidad. Muchos médicos han podido observar cierta debilidad intelectual, que infundadamente ha negado Rufz (mem. cit., p. 227). El pulso no presenta variacion alguna en su ritmo ni en la fuerza de sus latidos. Las demas funciones se desempeñan con la mayor regularidad.

»Curso y duracion de la enfermedad.— Hemos dicho que el córea se declara repentinamente ó de un modo lento: una vez caracterizado por el conjunto de síntomas que acabamos de indicar, se le vé seguir un curso agudo ó crónico. Cuando es agudo, rara vez persiste siempre en un mismo grado la agitacion; sino que presenta alternativas de disminucion y de aumento, haciéndose menos irregulares los movimientos cuando se prepara una terminacion favorable. La duracion de la permanencia de los coréicos en el hospital, calculada por Rufz sobre 189 casos, ha sido por término medio de 31 dias. Dufossé alarga este término hasta 57 dias, fundándose en un estado de once observaciones, en que ha podido apreciarse con bastante exactitud la época de la invasion. Tan notable diferencia en los resultados dependerá indudablemente de que no siempre se habrá tenido en cuenta el momento en que empezaron los primeros síntomas, y sobre todo de la diversa eficacia de los tratamientos respectivos. Por nuestra parte creemos que el número obtenido por Rufz es enteramente inexacto; pues no se encuentran en los autores que han hecho cálculos análogos ejemplos de tan corta duracion por término medio. El mismo Hamilton, aunque interesado en probar que su tratamiento cura mas pronto que los demas, fija la duracion media en cuarenta y siete dias. Son, pues, necesarias nuevas investigaciones para aclarar este punto de la historia del córea. Puédese decir sin embargo, que dura por lo comun de seis semanas á tres meses.

»En ocasiones pasa el mal al estado crónico, despues de haberse resistido á todos los tratamientos; en cuyo caso son menos considerables los trastornos de la motilidad, limitándose á un solo lado del cuerpo, aunque á veces sin embargo son generales. Este estado crónico causa una debilidad de las facultades intelectuales y frecuentemente un idiotismo muy marcado. Los músculos en que reside el mal se atrofian ó pierden su consistencia (v. *Alter. pat.*). Los córeas crónicos incurables suelen datar de los primeros años de la vida y se complican tambien durante su curso con otras afecciones. En algunos casos sigue el mal un curso intermitente. Bouteille refiere la historia de un córea, que empezaba todos los dias á las doce y terminaba á las seis de la tarde. Rufz ha visto un caso análogo. Pero puede dudarse si estos córeas estarian exentos de toda complicacion.

»Terminacion.— Puede el córea terminar por el paso del estado agudo al crónico, lo cual es raro. Deja en pos de sí una susceptibilidad nerviosa pronunciada, gesticulaciones convulsivas de la cara, de los ojos y de los párpados (Georget), y una gran disposicion á las recaidas. Dufossé le ha visto reproducirse cinco veces en una jóven, y cuatro en otras tres. Sydenham declara que los que una vez le padecen, recaen al año siguiente; y esta tendencia á presentarse en unas mismas épocas, es propia de gran número de enfermedades nerviosas. Los calores del estío favorecen al parecer las recidivas.

»C. Medicus referia, que era tan frecuente la periodicidad en la afeccion coréica, que constituia el principal carácter del mal. Empero es mas que dudoso que este médico, como tam-

bien Brunnero, Paulini y Pitcarn, que han observado la enfermedad bajo esta forma, hayan tenido á la vista verdaderos córeas, y lo prueba todavia mas la circunstancia de que los combatian con buen éxito á beneficio de la quina. Bouteille no ha visto en su larga práctica un solo ejemplo de córea periódico (ob. cit., p. 310); y tampoco han sido mas afortunados los que despues de él han escrito acerca de este asunto.

»El restablecimiento de la salud es la terminacion mas comun de los córeas recientes. La erupcion de las reglas, un flujo intestinal, y la nueva aparicion de una evacuacion, han terminado al parecer la enfermedad en algunas circunstancias. Hánse visto casos, en que han sucedido al córea la enagenacion mental, la epilepsia y el histerismo, y otros en que han sucumbido los pacientes con fiebre lenta y consuncion (Georget, art. cit., p. 191). Guersent y Rufz han observado casos, en que fue producida la muerte por accidentes adinámicos y trastornos estraordinarios de la motilidad.

»Ultimamente, puede el córea pasar al estado crónico y ser modificado en su curso por varias complicaciones, las cuales en sentir de Blache, no ejercen influencia alguna sobre la duracion ni sobre la intensidad del mal (art. cit., p. 531).

»Especies y variedades.—Las únicas especies que deben admitirse, son el córea agudo y el crónico, el parcial y el general. Bouteille ha establecido tres especies de córea, uno esencial ó idiopático, y otro secundario ó sintomático, que subdivide en córea secundario propiamente dicho, que complica ó sigue á otra enfermedad, y córea falso, que solo tiene la máscara de la afeccion verdadera (obr. cit., p. 74). Cierto que puede distinguirse el córea simple del complicado, y en este sentido debe admitirse la idea de Bouteille; pero sin necesidad de hacer descripciones particulares. Pudiérase tambien admitir un córea intermitente, si se hubiera observado mas á menudo y estuviese probado que no existia con él alguna otra afeccion.

»Hecker ha escrito una memoria muy interesante y llena de erudicion sobre el córea epidémico de la edad media. Esta forma es tan diferente de la simple esporádica, que no pueden considerarse como una sola enfermedad. Sin embargo, vamos á bosquejar sus principales caractéres que tomaremos del escelente trabajo de Hecker (*Mém. sur la chor. epid. du moyen age* por el doctor J. F. C. Hecker, trad. del aleman é ins. en los *Arch. d'hig. et de méd. leg.*, t. XII, 1834, p. 312-392).

»El córea epidémico se declaró en Alemania y en los Paises Bajos á fines del siglo XIV, cuando acababan de cesar los terribles estragos de la peste negra. Solo necesitó algunos meses para estenderse desde Aix-la-Chapelle, que fue donde primero se manifestó, hasta los Paises Bajos. «En Lieja, en Utrecht, en Tangres, y en otras muchas ciudades de la Bélgica, aparecieron frenéticos danzantes, con coronas en la cabeza, y el vientre rodeado de una sábana, á fin de que pudieran socorrerlos sin demora, en cuanto sucedia la timpanitis al frenesí; en cuyo caso se les apretaba fácilmente el abdomen, retorciendo la sábana por medio de un palo que se pasaba debajo de ella. Sin embargo, muchos preferian que les diesen puñetazos y puntapies, y nunca faltaban personas de buena voluntad que ejecutasen esta operacion» (página 314). El córea epidémico no ofrecia los síntomas del esporádico que nosotros conocemos. Consistia en una agitacion continua, que obligaba á los enfermos á bailar, á correr y tomar las posturas mas estravagantes, hasta que se caian al suelo estenuados de fatiga. Dióse con mucha oportunidad á este frenético deseo, que se apoderó de muchos habitantes de Alemania, de los Paises Bajos, de Metz y de Estrasburgo, los nombres de coreomania y de danzomania. Examinando con alguna atencion el cuadro de los desórdenes que se manifestaban en estos convulsionarios de nuevo género, resulta evidentemente, que esta enfermedad, designada con el nombre de *baile de San Vito*, casi no tenia relacion alguna con el córea moderno. Era un conjunto monstruoso de fenómenos nerviosos, causados por la supersticion y la imitacion, y con mas frecuencia todavia una enfermedad simulada, que sabian esplotar hábilmente los vagamundos, los mendigos, y los mismos sacerdotes. Asi es que Paracelso parece haber indicado el verdadero remedio contra este mal, aconsejando que se encerrase á los pacientes en un aposento incómodo, y que se les administrase diariamente cierto número de palos, hasta que se curasen, cosa que no tardaba en suceder.

»Hecker ha comprendido en su descripcion del córea afecciones que tienen con él cierta analogia, pero que no son seguramente el córea verdadero: el de la edad media se parece mucho al histerismo, sobre todo si se advierte que á menudo eran las mujeres las únicas que le padecian, y que se observaban algunos síntomas frecuentes en esta enfermedad, como la timpanitis, las alucinaciones y otros trastornos que se acostumbra referir á una escitacion de los órganos genitales. Por lo demas puede juzgarse de la estension que ha dado Hecker á la palabra *baile de San Vito*, con solo saber que comprende en su descripcion la historia del tarantulismo y la convulsion de los Abisinios (mem. cit.).

»*Complicaciones*.—Dícese que no ejercen influencia alguna en la duracion ni en la intensidad del mal. Se han visto casos, en que diversos exantemas, las viruelas y flegmasias pulmonales, han recorrido sus períodos sin modificar en manera alguna el córea. Guersent ha pretendido, que en tal caso las enfermedades intercurrentes propenden á revestir la forma adinámica, pero está lejos de hallarse probada esta asercion.

»Los córeas que han descrito los autores con los nombres de *verminosos* (Bouteille, ob. cit., p. 276 y 279), y de *metastáticos*, no son sino ejemplos de complicaciones. Mas adelante demostraremos, que la presencia de lombrices en los intestinos no puede considerarse como causa de la enfermedad. Stalh habla de un córea procedente de la gota, y Barthez, que admite su existencia, le da el nombre de *baile de San Vito gotoso*. ¿Será la gota una simple complicacion ó bien una causa real del córea?

»Diagnóstico.—Cuando se presenta con sus síntomas habituales, es difícil confundirle con otras afecciones; las que mas se le parecen son la gesticulacion dolorosa de la cara, las convulsiones saturninas, el temblor mercurial, el que sobreviene á consecuencia de escesos venéreos ó del uso de los alcohólicos, y últimamente la beriberia.

»Véamos en que difieren los movimientos coreiformes de los convulsivos que son propios de las enfermedades de los centros nerviosos. No siempre es fácil decidirse sobre el verdadero carácter de las afecciones convulsivas; sin embargo, podrá establecerse su naturaleza en vista de las siguientes observaciones. Los movimientos coréicos son vivos, instantáneos, parecidos á los que produce una descarga eléctrica en los miembros de un animal. Las convulsiones tienen á la verdad la misma rapidez; pero se manifiestan mas bien por ataques, y no de un modo contínuo como en el córea; en el cual se hallan igualmente agitados los estensores y los flexores; mientras que en los primeros son mas á menudo los flexores el asiento de la contraccion. El temblor convulsivo da á los miembros un impulso, cuya fuerza es proporcionada al grado de flexion ó de estension de que es susceptible el miembro; pero la contraccion coréica es pronta y á saltos, ora muy fuerte, ora débil y como insegura, de donde procede una série de movimientos desiguales que no siempre constituyen flexiones ó estensiones completas. La mejor comparacion que puede hacerse de las vacilaciones coréicas es con los movimientos irregulares de esas figurillas que bailan tirando de un hilo. Ultimamente, presentan otro carácter, que consiste en la torpeza de los enfermos que no pueden coger los objetos: en el temblor convulsivo todavia es posible la prehension, y no se compone como en los coréicos, de una série de contracciones de intension variable.

»La ausencia de todo desórden de la inteligencia, y sobre todo de la sensibilidad, contribuirá á distinguir el baile de San Vito de todas las afecciones encefálicas: faltan en el córea el delirio, la fiebre y la rigidez muscular, que se observan de un modo casi constante en la inflamacion del cerebro y de las meninges. En el histerismo los movimientos musculares, aunque prontos y á saltos, no dan á los enfermos esa fisonomia gesticuladora, que es tan característica. En la epilepsia hay pérdida completa del conocimiento y de la sensibilidad.

»El temblor mercurial ó el saturnino, y el que acompaña al delirium tremens, se distinguirán fácilmente, si se indaga la causa que los ha producido: ademas nos pondrán en camino los trastornos de la inteligencia.

»Cuando las neuralgias de la cara afectan muchos de los músculos que sirven para la espresion, imitan á veces perfectamente el córea de las mismas regiones; pero es bastante raro que en esta última afeccion no se hallen tambien mas ó menos afectados todos los músculos del resto del cuerpo.

»Si el córea es antiguo ó determinado por la masturbacion; si se limita á una parte del cuerpo, como un brazo, la cabeza ó una region de la cara; si va acompañado de ciertas complicaciones, como el histerismo, la epilepsia ó una debilidad incipiente de las facultades intelectuales, y últimamente si ha tenido muchas recidivas, es grave el *pronóstico:* en los casos contrarios se cura con bastante facilidad.

»Causas.—Elliotson cree que puede trasmitirse por herencia (*Lanç. franç.*, t. VIII, p. 72, 1833); pero son muy pocos los hechos que parecen probar la influencia de esta causa en el desarrollo de la enfermedad: Coste ha referido uno (*Diss. inaug.*, 1837), y Young y Constant (tés. cit. de Dufossé, p. 11) otros dos.

»Los niños que le padecen son mas bien de una constitucion débil y delicada, que robustos, al menos asi lo indican los datos estadísticos de Dufossé, quien ha encontrado que de veinte coréicos, quince tenian los miembros endebles, las cavidades esplánicas poco desarrolladas y una susceptibilidad nerviosa muy evidente; cuatro eran linfáticos, y el quinto ofrecia todos los atributos del temperamento sanguíneo; siendo uno solo robusto: todos tenian el pelo rubio ó castaño, menos uno solo que era moreno (tés. cit., p. 11).

»*Edad.*—Muchos patólogos creen que el baile de San Vito se manifiesta con mas frecuencia desde la segunda denticion hasta la pubertad. De esta opinion eran Sydenham, que coloca el máximum de frecuencia entre los diez años y la pubertad (pas. cit.); Cullen, que afirma que rara vez continua despues de esta época (ob. cit., 2.ª edic., p. 56), Beaumes y Pinel. Bouteille ha intentado especialmente demostrar, que la revolucion de la pubertad tiene mucha parte en la produccion del mal, pareciéndole muy digna de fijar la atencion la opinion que admite una dependencia patológica, una especie de filiacion médica entre el córea esencial y dicho período de la vida (ob. cit., p. 91). Los estados hechos por Rufz prueban, que en efecto padecen mas á menudo la enfermedad los niños de ambos sexos desde los diez años hasta los quince; pero no se crea como suponen los autores antes citados, que tiene esta predisposicion alguna relacion con la pubertad; porque casi es tan frecuente el mal desde los seis años hasta los

diez (mem. cit. de Rufz, p. 217). Ademas, aunque parece que tiene el córea bastante predileccion á la época de la vida que acabamos de indicar, no deja de presentarse en todas las demas. Cierto es que Baron no le vió nunca en los niños espósitos (art. *córea* de Blache, p. 544), y que no hablan de él los autores que han escrito sobre las enfermedades de la primera infancia, como Billard y Underwod; pero el doctor Prichard cita el caso de un niño que le padecia desde su nacimiento; Constant de un jóven coréico en quien se habia declarado el mal á los cuatro meses (*Bull. de therap.*, 1833, página 145), y Dufossé de una niña que le padeció de tres años. Se le ha visto sobrevenir á la edad de veinte años (*Journ. de méd. de Corvisart*, t. V, p. 227), á la de cuarenta (Andral, *Leçons orales*, 1636), á la de sesenta (Coste, *Tés. sur la chorée*, n.° 168, París, 1827), y á la de ochenta (Bouteille).

»*Sexos*.—De 32,976 enfermos admitidos en el hospital de niños en diez años (1824 á 1833), 189 estaban afectados de córea, y de este último número 51 eran niños y 138 niñas (Rufz, mem. cit., p. 216). Entre 240 casos solo ha contado Dufossé 79 individuos del sexo masculino. Si se quiere dar mas valor á la relacion numérica que espresa esta desproporcion entre los sexos, se pueden reunir estos 240 casos á los 189 de que antes hemos hablado, y resultará que el número de coréicos del sexo masculino es al de los del sexo femenino como 1:2,4.

»Entre las causas ocasionales del córea ocupan los sustos un lugar muy importante; sin embargo, no debe suponerse causa de la enfermedad esa disposicion á asustarse que suelen ofrecer los niños, y que resulta, como dice Guersent, del estado nervioso preexistente á la misma enfermedad. De setenta casos recogidos por Dufossé en diferentes autores, en veintisiete se ha atribuido á un susto el desarrollo de los accidentes morbosos, y de veinte coréicos observados por él, en siete fue la influencia de un terror intenso tan apreciable como en los ejemplos siguientes. Dos niños que estaban sanos presenciaron unos fuegos artificiales, y manifestaron repetidas veces mucho miedo: ambos fueron invadidos de córea, uno repentinamente al otro dia, y otro de un modo gradual algun tiempo despues.

»¿Puede la imitacion ocasionar la enfermedad? En el dia, que se ha aislado convenientemente el baile de San Vito de las demas afecciones nerviosas, puede responderse á esta pregunta, que los médicos del hospital de niños nunca han visto desarrollarse el mal por imitacion.

»Dice Rufz que es nula la influencia de los trabajos intelectuales, porque los médicos encargados de vastos establecimientos donde se educan niños y niñas, muy rara vez han tenido ocasion de observarla; pero sin negar nosotros el hecho principal, nos parece aventurada la conclusion, porque bien sabido es en efecto, que siendo coréicos los objeto de burla para sus compañeros, los retiran sus padres al instante de las casas de pension, para proporcionarles los cuidados necesarios.

»Es muy raro el córea en los climas calientes. Nunca le han observado los prácticos que han ejercido largo tiempo en la Guadalupe, en las Antillas, y en los paises situados en la zona tórrida. Sin embargo, en Francia parece que la estacion calurosa favorece el desarrollo del mal, puesto que precisamente en los meses de mas calor (junio y agosto), es cuando se han visto mas enfermos (Rufz, mem. cit., p. 221).

»Bouteille incluye entre las causas del córea algunas afecciones del cerebro, tales como la apoplegia, el letargo, la eclampsia, las caidas de cabeza, los vermes intestinales, las obstrucciones, las fiebres eruptivas, el sarampion, la erisipela, las viruelas, el reumatismo, y las metastasis (ob. cit., p. 196). Parécenos inútil detenernos á discutir hasta qué punto son reales estas causas. Deberemos hacer una escepcion relativamente á las lombrices que pueden hallarse en los intestinos? Los que han hecho investigaciones sobre este punto de etiologia, se han convencido de que las lombrices ninguna parte tienen en la produccion de los accidentes. Al testimonio de Stalh, de Gaubio y de Bouteille, que admiten la accion de esta causa, se opone el de J. Frank, Blache, Guersent y Dufossé, que han administrado los antihelminticos sin obtener ventaja alguna, fuesen ó no seguidos de la espulsion de entozoarios.

»Son asimismo causas del córea la supresion de la regla ó de un flujo habitual, la plétora, el estado anémico que depende de pérdidas escesivas de sangre (Andral ha observado tres casos de este género; *Leçons orales*, 1836), un golpe, una caida de cabeza, y el funesto vicio de la masturbacion.

»Tratamiento.—Tendriamos que enumerar todas las sustancias que componen la materia médica, si quisieramos no omitir ninguno de los medicamentos usados en esta afeccion. Efectivamente, han recomendado los prácticos unos tras otros los remedios mas opuestos por su accion, por su composicion química y por sus propiedades terapéuticas, sin que á ninguno hayan faltado ejemplos de curacion. Solo nos detendremos algun tanto en los medios que tienen una eficacia comprobada, limitándonos con respecto á los demas á una simple indicacion, y procediendo á su estudio segun su importancia, y el grado de su accion curativa.

»Sydenham empezaba el tratamiento sacando á los enfermos unas ocho onzas de sangre, y no cree que debe pasar de cuatro el número de sangrias. En la actualidad se conviene generalmente con Cullen, en que si pueden ser necesarias las depleciones sanguíneas en los casos de plétora, mas á menudo son perjudiciales, y no pueden considerarse como un medio general de tratamiento. Bouteille, que nunca

pasaba de tres sangrias, las creia sedantes y antiespasmódicas (ob. cit., p. 119): Georget es de la misma opinion (*Dict. de méd.*, 2.ª ed., p. 195). La mayor parte de los médicos solo han recurrido á las evacuaciones sanguíneas en casos muy raros, en que estaban formalmente indicadas. Respecto de esta peligrosa medicacion se puede consultar con fruto la memoria de Constant (*Sur l'emploi des bains froids dans le traitement de la chorée; Bull. de therap.*, junio, 1835).

»Apoyándose Serres y Lisfranc en ideas teóricas relativas al presunto asiento de la enfermedad (véase *Naturaleza y clasificacion*), mandan aplicar sanguijuelas á la base del cráneo, y á la parte posterior de la cabeza. De igual modo se conducen todos los médicos que colocan el mal en el cerebelo; agregando otros, como el doctor Pelz, á las aplicaciones de sanguijuelas á las sienes, los purgantes, los pediluvios sinapizados, y en la forma crónica la tintura de iodo (*Nouv. bibl. méd.*, t. III, página 127).

»Fundándose tambien en ideas teóricas, prescriben: Chrestien, de Montpelier, fricciones sobre el raquis con el linimento de Rosen (espíritu de enebro, dos onzas; aceite de clavo y bálsamo de nuez moscada, de cada cosa media dracma); Stambio, en Italia, y Byrne en América, fricciones con la pomada estibiada (de una á dos dracmas por onza), y últimamente Prichard y Richerand cauterios y vejigatorios á lo largo de la espina dorsal; cuya terapéutica dicen haberles producido los mejores resultados.

»*Baños.*—Las numerosas curaciones obtenidas por medio de baños frios, recomiendan este agente terapéutico á la atencion del médico. Dupuytren decia que el córea nunca resiste al baño frio por inmersion ó por sorpresa; y aunque esta proposicion es demasiado absoluta, debe confesarse que suelen ser muy útiles los baños. Hé aquí cómo se procede á su administracion. Toman al enfermo dos hombres vigorosos, uno por los brazos y otro por las piernas, y le sumergen totalmente ocho ó diez veces en agua á la temperatura de 12° á 18° sobre cero. A la salida del baño ha de hacer ejercicio el enfermo, ó si la marcha es dificil, ó la temperatura atmosférica demasiado fria, se le colocará en una cama bien caliente, á fin de escitar la traspiracion cutánea. Cuando pueden los enfermos tenerse de pie, se los coloca en un baño un poco alto, y se les manda meter la cabeza en el agua y levantarse en seguida; pero nos parece muy preferible el primer procedimiento, porque obra por sorpresa. A las mujeres solo les administraba Dupuytren afusiones frias. A veces tambien se ha hecho uso de baños parciales, obteniendo la curacion por este medio. Por lo demas, antes de acudir á los baños frios, es preciso examinar con cuidado el estado de los órganos y la irritabilidad de los pulmones: la menstruacion, las estaciones rigurosas y ciertas enfermedades, contraindican formalmente este medio. Los prácticos que mas han ensayado los baños frios son Mead, Petit, Jadelot, Dupuytren, y despues de ellos el doctor Hospital, que ha obtenido con su ausilio escelentes efectos en casos desesperados, y el doctor Constant, que cita nuevos hechos en apoyo de este método de tratamiento (*Mem. sur l'emploi des bains roids* en *Bull. de therap.*; junio 1835). Este último dice, que en el hospital de niños se ha visto que tienen algunos inconvenientes las inmersiones, y por lo tanto se prescriben solo baños frios á la temperatura de 15° á 18° c., permaneciendo en ellos una hora los pacientes.

»*Baños sulfurosos.*—Baudelocque fué el primero que reemplazó los baños frios de agua pura por los sulfurosos, y publicó en el *Bulletin de therapeutique* (1833, p. 204) el resultado de sus observaciones. De treinta enfermos se curaron veintiocho. Compónense estos baños de cuatro onzas de súlfuro de potasa en ocho cubas de agua, y se administran todos los dias menos los jueves y domingos, debiendo durar cerca de una hora. Prescribe ademas dicho profesor la infusion de tila ó de hojas de naranjo y un buen alimento. Dufossé, que elogia este modo de tratamiento tan accesible para todos los enfermos, solo cuenta nueve casos en que haya sido ineficaz entre cuarenta y ocho tomados de varios autores (lés. cit., p. 25). Con este método, la duracion media del mal, calculada por Rufz sobre catorce observaciones de niños coréicos, de los que se curaron trece, fué de veinticuatro dias; al paso que la duracion media total, calculada sobre ciento ochenta y nueve casos, habia sido de treinta y un dias. Si son exactos estos cálculos, será preciso confesar que los baños sulfurosos, no solamente son mas eficaces que los demas remedios, sino que acortan singularmente la duracion de la enfermedad. Todos los prácticos, y particularmente Baffos, Guersent, Bounean, Jadelot, Constant, Rufz y Blache, han confirmado los favorables resultados obtenidos por Baudelocque.

»*Purgantes.*—Sydenham administraba alternativamente las pociones catárticas, los opiados, los antiespasmódicos y los fortificantes (*Methode complete por guerir las maladies* §. MCLVII-MCLIX). Bouteille hacia tambien alternar la sangria y los purgantes, y solo consideraba la primera «como un remedio frecuentemente auxiliar, propio para preparar y secundar los efectos de los demas medios que deben componer el tratamiento, y cuya base la forman los purgantes» (p. 123).

»En Inglaterra ha prevalecido el método evacuante. Hamilton prescribe al principio purgantes suaves, tales como los calomelanos, y mas adelante la jalapa, la coloquíntida y el aloes; segun él no dura el tratamiento mas de quince dias. Apenas hay práctico que no pueda citar en apoyo de este método algunos ejem-

plos de curacion en casos en que fueron inútiles todos los demas agentes de la terapéutica. Guersent y Blache han obtenido de él en ocasiones un partido muy ventajoso (art. *Córea* de Blache, p. 557). Andral dice que un solo purgante curó un córea que se habia resistido á las evacuaciones sanguíneas, y que databa ya de tres meses (*Bull de ther.*, 1834, p. 279). A los jóvenes delicados é irritables deben darse purgantes que irriten poco, como aconsejan Frank y otros prácticos.

«Bardsley, que ha ensayado casi todos los métodos preconizados, prefiere el uso combinado de los purgantes y de los antiespasmódicos. Despues de haber determinado cierto número de evacuaciones alvinas, prescribe el almizcle y el alcanfor á la dosis de cuatro granos cada cinco horas, y por las tardes una lavativa compuesta de cuatro onzas de mistura de asafétida y 20 á 30 gotas de láudano de Sydenham. Comparando los resultados que ha obtenido por este método con los de Hamilton, que so lo administra los purgantes, ha visto que la duracion media del tratamiento en este último caso es de mes y medio, al paso que solo llega á tres semanas cuando se usan los purgantes y los antiespasmódicos reunidos (*Gazette méd.*, t. II, p. 17; 1831).

»Débese indicar en seguida de la precedente medicacion la adoptada por Brachet, y que consiste en propinar cuatro ó seis granos de tártaro estibiado unido al ópio en una pocion muy aromática, y al mismo tiempo píldoras compuestas de aloes, de gutagamba, de escamonea y de jalapa, de cada cosa tres granos; con lo cual obtuvo en tres casos un éxito completo (*Gazette méd.*, 1832, p. 67). Laennec ha usado tambien en esta enfermedad el tártaro estibiado á altas dosis (*Arch gén.*, t. IV, p. 512).

»*Tónicos.*—Cullen habia observado que cedia el córea á los tónicos como la quina y los ferruginosos (ob. cit., p. 59); pero Elliotson es el que mas particularmente ha ensayado el primero de estos remedios, prescribiéndole á dosis muy altas, como por ejemplo, onza y media en las veinticuatro horas. «No es necesario, dice, empezar por una dosis corta, sino que se puede dar desde luego la cantidad que se juzgue conveniente, por ser muy inocente su accion, con tal que esté suelto el vientre, en cuyo estado es menester conservarle mientras se prescriba el medicamento á dósis elevadas» (*Gaz. méd.*, p. 72; 1733). Esta medicacion ha tenido constantemente buen éxito en unos cien sugetos á quienes la ha prescrito Elliotson. Baudelocque ha obtenido tambien de ella buenos efectos, aunque administrando dosis mas cortas (15 gr. á 2 drac.).

»Fuller y Chaptal, médico de Montpellier, han administrado otros tónicos, como por ejemplo, la quina asociada á la cascarilla.

»Con los *antiespasmódicos* se han obtenido muchos triunfos, habiendo sido los que mas se han empleado: 1.° la valeriana, prescrita por Bayle y Jadelot, á la dósis de dos ó tres granos diarios; por Fouquier á la una dracma en las veinticuatro horas, y por Guersent á la de diez y ocho granos ó muchas dracmas al dia en la pulpa de una fruta ó en miel: 2.° el alcanfor á la dósis de cuatro á seis granos en una lavativa: 3.° la asafétida, que se administra desde un grano hasta un escrúpulo en emulsion, ó en píldoras, ó de media á dos dracmas en una lavativa: 4.° el óxido de zinc y las píldoras de Meglin, las cuales formaban con los baños frios el tratamiento de Dupuitren.

»Las flores de zinc (óxido de zinc) no empezaron á usarse hasta despues de la disertacion que publicó Gaubio hácia el año de 1771. Duncan, Martin, Granwals y Fouquet de Montpellier, obtuvieron buenos resultados de su administracion (en la ob. cit. de Bouteille, página 42). Ultimamente ha usado Macleon con ventaja contra un corea rebelde el licor arsenical, empezando por tres gotas en una pocion escitante, y sin pasar de ocho. (*Lond. med. gaz.*, diciembre, 1835).

»*Narcóticos.*—Stahl prescribió á una niña de cinco años, cuyo córea se habia resistido á los demas remedios, el estracto de belladona preparado con el jugo reciente de esta planta: la dósis fué de uno á dos granos en seis tomas, que se daban de cuatro en cuatro horas. Murray administró con ventaja el estracto de datura estramonio á la dósis de cuatro á doce granos, agregándole el uso de la quina. Guerin dá 15 gotas diarias de ácido hidrociánico en cuatro onzas de vehículo, y aumenta luego cinco gotas cada dia hasta llegar á la dósis de una dracma.

»Rara vez son útiles los *antihelmínticos*; sin embargo, deben prescribirse sin titubear cuando existen lombrices en los intestinos, porque su presencia es siempre una complicacion desagradable.

»*Electricidad.*—Dehaen se sirvió con mucho éxito de la electricidad, á la que prodigan tambien grandes elogios Fothergill y Baumes. Stoll, por el contrario, la desecha. El procedimiento de Dehaen consiste en sacar chispas de los sugetos, ó en hacerles esperimentar conmociones graduales. Cada sesion duraba cerca de media hora, y las repetia por espacio de muchos meses, cuando el mal era rebelde. Underwod declara tambien que la electricidad le ha sido muy útil. En estos últimos tiempos dicen Sigaud Lafond y Audrieux haber obtenido de ella muy buenos resultados.

»Pero el doctor Addison es el que ha manejado este medio con mas perseverancia, concluyendo por proclamar los buenos efectos que le ha producido (*De l'inf. de l'electricité comme remede dans cert. mal. convuls. et spasmod.* en el periódico *l'Experience*, núm. 3, 15 de noviembre de 1837). Serviase de la máquina eléctrica comun, estableciendo comunicacion entre su primer conductor y el cuerpo del paciente, que debia estar aislado sobre un taburete. «Colocaba de arriba abajo en la direccion de la

columna vertebral y á la distancia de una pulgada de la piel, poco mas ó menos, una bola de cobre provista de un alambre ó de una cadena que tocase al suelo. Puesta en accion la máquina, se cargaba el cuerpo del paciente, y desde este pasaba la electricidad en forma de chispas á la bola de cobre, y luego por el alambre al depósito comun. De este modo se obtenia una rápida sucesion de chispas, que en las citadas observaciones se hizo durar hasta que sobrevino una erupcion que ofrecia toda la apariencia del liquen urticatus. El tiempo necesario para producirse esta erupcion variaba, segun los enfermos, de cinco á diez minutos.»

»Cuando se queria producir conmociones, se empleaba la botella de Leiden, cuya cara interna se ponia en comunicacion con un conductor. «Fijábase un electómetro de Lane á una estremidad del conductor, en términos que su bola aislada quedase en contacto con la superficie esterior de la botella, y se acercaba otra á la bola del electómetro. Las estremidades de estas dos cadenas tenian directores que facilitaban su aplicacion.

»Entonces se colocaba uno de los directores sobre la sínfisis del pubis, y el otro sobre el sacro, con lo cual no podia menos la corriente eléctrica de atravesar la pelvis para completar su círculo. Colocada la bola del electrómetro á cierta distancia (generalmente 4 líneas) del primer conductor, se ponia en movimiento la máquina y se cargaba la botella; y cuando se habia acumulado la cantidad de electricidad suficiente para una descarga, se verificaba la conmocion. Con un electrómetro construido de este modo, depende la violencia de las conmociones de la distancia á que se encuentre su bola del conductor de la máquina, y no de la capacidad de la botella; de manera que no hay mas que colocar la bola á mayor ó menor distancia del conductor, para proporcionar la intension de la descarga á la naturaleza del mal, ó á las fuerzas del enfermo.»

»No todos los casos en que recurria Addison á la administracion de la electricidad son igualmente propios para inspirar entera conviccion. El primero es un ejemplo de córea complicado con histerismo, epilepsia y supresion del flujo menstrual, en el que siguió á la estimulacion eléctrica una curacion inesperada. Entre los otros seis casos, hay algunos acompañados de fenómenos nerviosos de origen sospechoso. La segunda observacion ofrece el córea y la epilepsia reunidos; la tercera es un córea simple; la cuarta, una mezcla de este mal y de la paralisis llamada histérica; y en las tres últimas existian al propio tiempo epilepsia, histerismo, ú otros accidentes, dependientes sin duda alguna de lesiones mal definidas.

»Por estas cortas observaciones se viene en conocimiento de que los resultados obtenidos por Addison, aunque incontestables, no prueban acaso tanto como pudiera creerse en favor de la electricidad, empleada contra los córeas simples y verdaderamente idiopáticos (véase el citado escrito en *l'Experience*, número 3, noviembre 1837).

»Débese concluir de todas las aserciones emitidas relativamente á la accion de la electricidad, que es útil la estimulacion eléctrica, cuando los coreicos son débiles, indolentes, flemáticos y poco escitables; en cuyo caso los tónicos, los ferruginosos, los baños frios y la electricidad producirán un cambio favorable, y no tardará en curarse la afeccion. Pero si por el contrario se halla el coreico en un estado de eretismo nervioso muy pronunciado; si estan agitados los miembros por contínuas y rápidas contracciones, y si los estimulantes determinan una exasperacion de los síntomas, debemos abstenernos de la electricidad. Cuanto decimos de este agente se aplica á la gálvano-puntura, que en manos de Meyraux ha sido provechosa en un caso desesperado. (*Arch. gén. de méd.*, tomo IX, pág. 73).

»Los ejercicios gimnásticos, el paseo en parages bien ventilados, y la natacion en verano, son poderosos ausiliares del tratamiento farmacéutico. Tambien se ha de tener cuidado de que usen alimentos de buena calidad, y aun escitantes, las criatnras cuya constitucion está minada por la miseria. El vino aguado, los caldos ricos en osmazomo, las carnes asadas y las afusiones frias, imprimen á toda la economia una modificacion profunda, que basta por sí sola para proporcionar una curacion duradera sin el ausilio de ningun medicamento.

»Terminaremos recomendando á los prácticos que en el tratamiento de esta enfermedad no se limiten á adoptar indiferentemente cualquiera de los métodos que hemos indicado, sino que averigüen ante todo cuál es el mas apropiado á cada caso particular. Se dice que la naturaleza del córea es totalmente desconocida, y que por lo tanto no se puede establecer un tratamiento racional. Asi es en efecto; mas no por eso deja de ser indispensable tener en cuenta el estado del sugeto y las causas que han determinado el mal. Incurriria en un craso error el que quisiese tratar un córea dependiente de una supresion ó de una erupcion dificil de la regla, del propio modo que un córea cuya aparicion se refiriese á un estado anémico ó pletórico, ó á la masturbacion. Estas breves reflexiones son mas que suficientes para dar á conocer que hay en el córea indicaciones terapéuticas como en cualquier otra enfermedad.

»*Naturaleza y clasificacion en los cuadros nosológicos.* — Galeno considera el córea como una afeccion paralítica; Sydenham como una enfermedad convulsiva que ataca preferentemente á los niños (*loc. cit.*), asignándole por causa un humor que penetra en los nervios, los irrita y produce asi el movimiento convulsivo; de donde procedia laindicacion, en su concepto fundamental, de evacuar dicho humor

por sangrias y purgantes, y fortificar en seguida el sistema nervioso.

»Paracelso tenia ideas muy curiosas sobre la naturaleza del córea, refiriendo su causa á la imaginacion, á los deseos sensuales, y últimamente á la escitacion de la sangre por los espíritus vitales alterados. Para apreciar esta opinion, es preciso recordar que el córea de la edad media no tenia de comun con el de nuestra época otra cosa que su nombre, consistiendo, en la mayoría de los casos, en una aberracion del entendimiento y de los sentidos (véase la *parte histórica*).

»Platero, Horstius, Senerto, Tulpio y Bairo no veian en él mas que un deseo inmoderado y frenético de bailar; opinion que, si bien parece absurda en nuestros dias, no lo es tanto atendiendo á lo que dejamos dicho sobre el córea epidémico de la edad media.

»Senerto hace desempeñar cierto papel á una degeneracion de los humores, comparable con la que sobreviene despues de las mordeduras de ciertos animales venenosos, como la tarántula. No deja de haber alguna verdad en esta comparacion. Por mas que se haya dicho, Senerto, aunque hombre muy ilustrado para su siglo, no dejó de adoptar la opinion que generalmente dominaba en su tiempo, á saber, que el córea era obra de satanás (Senerto, *Oper. omn.*, Lugd. 1666).

»Cullen le habia mirado primero como una especie de convulsion, y despues hizo de él un género particular, incluido entre las afecciones espasmódicas de las funciones animales, y antes de la terrible enfermedad que se ha llamado *raphania* (*Elem. de méd. prat.*, tom. III, 2.ª ed., pág. 55 y sig.)

»Gaubio y Stoll atribuyen su causa primera á la saburra, al humor pituitoso de las primeras vias, y á la presencia de lombrices. Otros desechan esta esplicacion, y hacen provenir los desórdenes de la mala distribucion del fluido nervioso, ó por último de la elaboracion viciosa y falta de proporcion entre los principales elementos constitutivos de la sangre.

»Unos la creen una especie de demencia, de donde han procedido los nombres de danzomanía, de coreomanía, etc.; y otros una simple convulsion; y en fin, no falta quien la haya mirado como una mezcla de convulsiones y de parálisis (Baumes). Inútil seria detenernos mas en todas estas divagaciones sobre la causa primera y la naturaleza de la enfermedad.

»Desgraciadamente si abandonamos estas hipótesis imaginadas por los médicos de los últimos siglos, para buscar entre los contemporáneos opiniones mas precisas, nos encontramos con la misma incertidumbre, con la propia inclinacion á creaciones quiméricas. Tal autor atribuye la enfermedad á una afeccion de la médula, porque ha visto una inyeccion en su tejido, ó serosidad derramada en el conducto raquidiano; tal otro se inclina á creer que la lesion productora del mal reside en los tubérculos cuadrigéminos, porque los ha encontrado mas ó menos alterados; y otro, en fin, guiado por sus ideas teóricas sobre las funciones del cerebelo, se apoya en algunas observaciones, para referir á un padecimiento de este órgano una buena parte en el desarrollo de la enfermedad (véase ALTER. PATOL.) Por nuestra parte creemos poder establecer, que cuanto se sabe de positivo sobre la naturaleza del córea, viene á reducirse á las proposiciones siguientes:

»Ninguna de las alteraciones patológicas encontradas en los cadáveres de los coréicos puede considerarse como causa de la enfermedad. Los pocos hechos que existen en la ciencia, desprovistos de toda complicacion, solo suministran resultados negativos; respecto de lo cual apenas dejarán duda alguna las autopsias de animales coréicos sacrificados con este fin.

»Si para descubrir la naturaleza del córea estudiamos el encadenamiento de los síntomas, vemos que el trastorno de los movimientos musculares, la contraccion insólita y no regularizada por la voluntad, sin disminucion de la sensibilidad general, son fenómenos que se manifiestan en las neurosis del movimiento, como por ejemplo, en el histerismo. Así es que Pinel ha colocado en esta clase (*Neurosis del movimiento*) la enfermedad que nos ocupa, y en ella debe continuar hasta que ulteriores observaciones den motivo para proceder de otra manera, porque así no se prejuzga su naturaleza. Asignarle con Bouillaud por asiento el cerebelo, porque los esperimentos de Rolando y Flourens parecen demostrar que este órgano preside á la coordinacion de los movimientos, y porque el trastorno funcional propio de la enfermedad consiste en falta de asociacion, de coordinacion de estos movimientos, es seguramente una hipótesis muy ingeniosa, pero que no estriba en fundamentos sólidos. Con igual razon pudiera otro referir el mal á los haces anteriores de la médula, ó á todo el cordon raquidiano. Sepamos dudar hasta que de ella la observacion y los progresos inseparables nos hayan revelado la naturaleza del córea.

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA.—Los primeros padres de la medicina no conocieron el córea, pues no le mencionan Hipócrates, Areteo, Celso, Celio Aureliano ni Alejandro de Tralles. Segun Sauvages, Galeno fué el primero que le describió con el nombre de *scelotirbe*; pero esta opinion del célebre nosógrafo parecerá muy dudosa á quien medite el pasage de Galeno en que se funda: «Scelotyrbe, quasi cruris turbam vel perturbationem dicas species est resolutionis quâ erectus homo ambulare non potest, et lâtus aliàs in rectum, quandoque sinistrum in dextrum, nonnumquam dextrum in sinistrum circumfert, interdumque pedem non attollit, sed tralut velut ii qui magnos clivos ascendunt.» Esta última circunstancia se refiere bastante bien al córea, pues en efecto, hemos dicho que los enfermos suelen arrastrar los pies y cojear durante la progresion.

Bouteille emite en su tratado del córea la opinion de que hasta fines del siglo XV ó principios del XVI no se reconoció esta enfermedad distinguiéndola de las demas (p. 3), y que F. Plater, G. Horstius y Daniel Sennert son los primeros que la han indicado claramente.

»Las investigaciones posteriores de Hecker han probado, que la primera aparicion del córea data de la segunda mitad del siglo XIV. En Aix la Chapelle, por julio de 1374, á la sazon que estaba declinando la peste negra, y que, segun las espresiones de Hecker, apenas se habian cerrado las tumbas de millones de victimas, fué cuando se vió aparecer la enfermedad que se llamó *baile de San Juan* ó de *San Guido*, la cual se propagó muy luego á Lieja, Utrech, Tongres, Colonia, Metz, cuyas calles se cuenta que estaban llenas de danzantes; y últimamente á Estrasburgo, donde se manifestó en 1418. Los vagabundos que componian la mayor parte de este tropel de convulsionarios, recorrian los diferentes paises entregándose á la crápula y á la rapiña, hasta que se decidió espulsarlos de las ciudades que infestaban con sus desórdenes. Suponíase que esta enfermedad procedia de un origen sobrenatural, y se la combatia con exorcismos é implorando la intercesion de los santos; pero á menudo se resistia á todos los medios que suministraba la religion, y aun se vió con frecuencia á los pacientes convertir su furor contra los sacerdotes, cuyas riquezas envidiaban. En todo esto tenian muy buena parte las malas pasiones, la miseria y el libertinage. Sin embargo, preciso es confesar que el espectáculo de estas bandas frenéticas, que se decian poseidas del demonio, debia ejercer una influencia fatal en el ánimo del populacho ignorante, y producir esas singulares aberraciones nerviosas, que vemos aparecer, cuando no puede el cerebro resistir tan funestas conmociones.

»Los habitantes de una parte de la Bélgica y de las provincias renanas, asustados de esta enfermedad, se trasladaban á pie ó en carruage á la capilla de San Vito, en Zabern y en Rotestein, á fin de invocar su intercesion. Fué este santo un jóven siciliano, que imperando Diocleciano (303) participó del martirio de Modestus y de Crescentia: su historia, como la de tantos otros, se halla rodeada de tinieblas; pero se asegura que su cuerpo fué trasladado, primero á San Dionisio, y despues á Corvey en 836. Desde entonces se le veneró como á un poderoso protector, elevándole muchos altares. Empero hácia el siglo XIV ó XV creyeron algunos deber forjar una nueva leyenda, y supusieron que San Vito «antes de entregar el cuello al verdugo, habia rogado al Señor que preservase del córea á todos los que celebrasen el aniversario de su muerte, y que despues de este suplicio se oyó una voz del cielo que decia: te he escuchado, Vito.» (Hecker, ob. cit.). Desde entonces siguió San Vito en posesion de curar los coréicos, como San Martin de Tours los variolosos, San Antonio los enfermos atacados del fuego de este nombre, y como los reyes de Francia de curar las escrófulas.

»Plinio pretende que el escelotirbe habia reinado epidémicamente á orillas del Rhin, contrayéndole los soldados de Germánico. Mezeray habla tambien de una epidemia, que se manifestó en Holanda por los años de 1373. De todos modos es dudosa la época en que tuvo su primer origen el córea.

»Paracelso fue el primero que hizo estudios médicos sobre esta enfermedad, procurando sustraerla al imperio de los santos y de los milagros. «No queremos, dice, conceder que los santos den enfermedades, ni que deban estas recibir nombres de los mismos, aunque muchos hacen de ellas una especie de teologia, y mas bien las atribuyen á Dios que á la naturaleza, idea verdaderamente absurda.» Estas notables palabras manifiestan que Paracelso, que aun en la actualidad no es bien comprendido, debia serlo mucho menos en la época en que escribia, cuando casi generalmente se daba crédito á los encantos. Distinguió tres especies de baile de San Vito: la primera que procedia de la imaginacion (*vitista, chorea imaginativa, æstimativa*), y que era, segun él, la enfermedad primitiva; la segunda, que dependia de deseos sensuales con encadenamiento de la voluntad, (*chorea lasciva*); y últimamente, la tercera, procedente de lo que él llamaba causas corporales (*chorea naturalis*, *coacta*). Miraba como causa corporal del córea una escitacion de la sangre por los espíritus vitales alterados; la cual ocasionaba en ciertas venas un cosquilleo interior, que provocaba la risa y obligaba á los enfermos á entregarse á una alegria loca y al baile. Las demas ideas que tenia sobre el mismo asunto no merecen detenernos; pero sí debemos hacer mencion del tratamiento de sus tres especies de córea. Aunque propone un medio ridículo, que consiste en quemar una figurita de cera ó de resina que represente la persona enferma, discurre con mucha exactitud sobre la parte que tomaba la imaginacion en la produccion de esta enfermedad. Contra la segunda especie de córea, procedente de la escitacion de los sentidos, aconseja una medida que debia ser muy eficaz: queria que se encerrase á los enfermos en un sitio incómodo hasta que recobrasen la razon; prescribiéndoles entretanto duros castigos corporales (Hecker, mem. cit., p. 326-330).

»Platero da al córea el nombre de *Viti saltus*, y le considera como una especie de mania (1614). Horstius (1628), Senerto y Bairo, médico de Cárlos II duque de Saboya (*Veni mecum*, 1560), han hablado de esta afeccion, pero de un modo muy inexacto. Ademas su descripcion se refiere especialmente á esa enfermedad coreiforme que se manifestó en la edad media.

»Preciso es llegar á Sydenham, para encontrar una historia precisa de los síntomas, y sobre todo del tratamiento de esta afeccion. En

efecto, bajo estos dos puntos de vista, es este autor mas completo que todos sus predecesores. Su tratamiento, que consiste en el uso combinado de la sangria, de los purgantes y de los tónicos, se halla aun adoptado en nuestros dias.

»Los médicos que observaban en Italia, Francia y España, no hacen mencion alguna de esta enfermedad. «Rondelet, Varande, Raachin, profesores de Montpellier y contemporáneo de Platero, de Horstius y de Senerto, parece que ignoraban hasta su nombre; y Riverio, que en lo demas copia á Senerto, no dice de ella una palabra. El mismo silencio guardaron Dureto, Holier y Baillou, que sostuvieron y aumentaron la reputacion de la escuela de París, y en una época muy próxima á la nuestra era tan poco conocido el baile de San Vito en la capital de Francia, que Lieutaud creyó debia negarse su existencia» (en la obra citada de Bouteille).

»Cullen le consagra un capítulo aparte, donde aprecia perfectamente las diversas circunstancias de la enfermedad (*Elem. de méd. prat.*, t. III, edic. 1819). El *Tratado del córea* de Bouteille (en 8.°, París, 1810), es el mas completo que se ha publicado en Francia, pues reasume todos los anteriores. Esta obra, que merece todos los elogios de que ha sido objeto, no es sin embargo tan metódica como pudiera desearse. Abandónase en ella el autor á digresiones con frecuencia inútiles; descuida el estudio profundo de los síntomas, que no se hallan bastantemente esplanados, y por último, introduce en su esposicion una confusion nociva, admitiendo córeas sintomáticos y córeas falsos. La etiologia es incompleta y no se apoya en suficiente número de observaciones.

»Los escritos modernos que se puede tambien consultar con mas provecho, son los artículos Córea del *Tratado de partos* de Gardien (t. IV, p. 269); el de Georget (*Dict. de méd.*, 1.ª ed.); el de Blache, que ha tenido á la vista todo lo publicado asi en Francia como en Inglaterra (*Dict. de méd.*, 2.ª ed.), y la memoria de Rufz (*Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfants*, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 2.ª série, p. 215, año 1834).

»Debemos asimismo incluir entre los escritos importantes acerca del particular, la disertacion de Spangenberg, notable especialmente por su erudicion (*De chorea sancti Viti*, Goet. en 4.°, 1764); las de Coste (n.° 168, tésis de París, 1827), Dufossé (París, n.° 136, 1836), Franquet (París, 12 de julio de 1837), y respecto del tratamiento eléctrico las *Investigaciones* de Addison *sobre la influencia de la electricidad como remedio para ciertas enfermedades convulsivas y espasmódicas* (periódico *l'Experience*, n.° 3, noviembre de 1837); donde se refieren con todos sus pormenores siete observaciones de córea complicado con otras enfermedades» (Monneret y Fleury, *Compendium*, t. II, p. 286-299).

ARTICULO IV.

Del histerismo.

«La palabra histerismo se deriva de υστερας matriz, porque se ha supuesto desde los tiempos mas antiguos que este órgano era el asiento de la enfermedad.

»Sinonimia.—*Suffocatio mulierum*, *suffocatio* de Plinio; *affectio hysterica* de Willis y Sydenham; *melancholia nervea* de Lorry; *malum hysterico-hypochondriacum* de Stahl; *hysteria* de Sauvages, Vogel, Sagar y Cullen; *clonus hysteria* de Young; *syspasia hysteria* de Good; *hyperkinesia hysteria* de Swediaur; *atshma uteri* de Van Helmont; *ascensus uteri*, *strangulatio vulvæ hysterica passio soffocatio hypocondriaca* de diversos autores, é histerismo de Louyer-Villermay, Falret, Georget, Brachet y F. Dubois.

»Definicion.—Desígnase con el nombre de histerismo, una afeccion nerviosa del sentimiento, del movimiento y de la inteligencia, apirética, que afecta de ordinario un curso crónico, y se presenta en forma de paroxismos. Los síntomas que se observan durante los accesos, únicos que pueden servir para caracterizar el mal, son: 1.° una sensacion de constriccion y estrangulacion en el cuello, precedida ó acompañada muchas veces de la de un cuerpo redondo que sube del hipogastrio ó de cualquiera otra region hácia las partes superiores (bolo histérico); 2.° convulsiones generales de una irregularidad y violencia estremadas; 3.° varias perturbaciones de la sensibilidad, seguidas bien pronto, 4.° de un colapsus ó de una especie de síncope, conservándose ó suspendiéndose las facultades intelectuales.

»El histerismo es una de esas afecciones que solo pueden caracterizarse por un conjunto de sus fenómenos; pues siendo enteramente desconocido el asiento del mal, es imposible formular una definicion mas precisa que la que estriba en los síntomas. Ya veremos que la forma paroxística de la enfermedad, su duracion comunmente larga, la apirexia, la sensacion de constriccion y la del globo histérico, desórdenes estremados de la sensibilidad, y en fin, las convulsiones, constituyen los mejores signos de esta afeccion. Añadiremos, sin embargo, que no siempre es posible distinguirla de algunas otras neurosis, particularmente de la epilepsia.

»Georget considera el histerismo como «una afeccion convulsiva apirética, por lo comun de larga duracion, compuesta principalmente de accesos ó de ataques, caracterizados por convulsiones generales y por una suspension muchas veces incompleta de las funciones intelectuales» (art. Histerismo, *Dict. de méd.*, 2.ª edic., p. 160). Cullen le asigna por caractéres ciertos ruidos que proceden del vientre, la sensacion de un globo que agitándose en el abdómen sube al estómago y la garganta, y deter-

mina la estrangulacion, el sudor, las convulsiones, las orinas claras y copiosas y la movilidad involuntaria de las ideas (*Genera morborum*, p. 212, 218, en 4.º; Edimb. 1771, y *Elem. de méd. prat.*, t. III, p. 154 en 8.º; 1819).

»Los autores que definen el histerismo atendiendo á su supuesta naturaleza, no han sido tan felices como los que acabamos de citar. Hoffmann, por ejemplo, le define diciendo que es: «una afeccion espasmódica y convulsiva de todo el sistema nervioso, que procede del útero, en cuyos vasos se estancan y corrompen asi la linfa como la sangre, y que se esparce por todas las partes nerviosas de la economía, por el intermedio de los nervios de la pelvis, de los lomos y de la médula espinal» (*Theses patholog.*, p. 51; *Opera omnia*, en fól.; Ginebra 1761). Inútil seria criticar semejante definicion, no menos que otras que podriamos copiar de los autores.

»Divisiones. — Sydenham dió un funesto ejemplo comprendiendo con el título de *afeccion histérica* los accidentes mas diversos (*De la afeccion histérica*, §. 727); pues aunque es verdad que los síntomas del histerismo presentan variaciones estremadas, y que casi es imposible comprender é indicar todas sus formas; no obstante, existe siempre cierto número de fenómenos, suficientes para caracterizar el mal, y distinguirlo de las afecciones que se le parecen.

»Sauvages admite: 1.º un histerismo clorótico dependiente de la menostasia; 2.º el que es provocado por pérdidas de sangre ú otras causas debilitantes; 3.º el que sucede á las flores blancas; 4.º el producido por la obstruccion de las vísceras; 5.º el estomático, sostenido por un vicio del estómago; y 6.º el lividinoso, que afecta á las mujeres obligadas á vivir en la continencia. Estas divisiones, que son en parte las adoptadas por Raulin (*Traité des afections vaporeuses du sexe*, en 12.º, París, 1758) representan enfermedades muy diversas, y es preciso desecharla si se quiere escribir sin confusion la historia del histerismo. Haremos, pues, observar desde luego, que no deben confundirse con esta afeccion fenómenos nerviosos que pueden tener alguna analogía con ella, pero que pertenecen á enfermedades muy diferentes. Los histerismos cloróticos y por pérdidas de sangre no son mas que clorosis y anemias, en las que se presentan varios desórdenes nerviosos, conocidos muy bien en la actualidad, y que en efecto se parecen algo á los del histerismo. Las flores blancas, las afecciones viscerales y una enfermedad orgánica ó una neurosis del estómago, pueden tambien producir síntomas nerviosos, y algunas veces histéricos; en cuyo último caso existe un histerismo sintomático. Por lo que hace al lividinoso, no es otra cosa mas que la ninfomanía.

»Resulta, pues, á nuestro parecer de este analisis, que conviene ante todo distinguir los fenómenos nerviosos de los síntomas histéricos, y que ademas es necesario establecer que el histerismo puede manifestarse á la vez que una enfermedad cualquiera; pero con mas especialidad con las afecciones de la matriz y de los órganos del bajo vientre. Hay, pues, uno histerismo *idiopático* y *primitivo*, y otro *sintomático* ó *simpático de una enfermedad visceral*. A estas dos divisiones principales es preciso añadir una tercera, que comprende el histerismo complicado; tal es el *epileptiforme*, enfermedad compleja, en que se encuentran todos los signos que caracterizan el histerismo y la epilepsia, y que describiremos al hablar de las complicaciones (véase esta palabra). Louyer Villermay, á quien se debe la primera variedad del histerismo, admite otra segunda, á la que llama *histericismo*, «la cual es una afeccion nerviosa, que se observa especialmente en las jóvenes de doce á quince años cuya constitucion empieza á desarrollarse, y en quienes se prepara la erupcion menstrual, sin haberse verificado todavía.» (*Traité de maladies nerveuses ou vapeurs*, tom. I, p. 74, en 8.º, París, 1816). En las dos observaciones que refiere este autor no vemos mas que un ligero histerismo, que no exige una descripcion particular.

»Alteraciones cadavericas.—Nada nos dice la anatomia patológica de las lesiones que dan origen al histerismo; pues algunas autopsias que se han hecho no revelan ninguna especie de alteracion en el sistema nervioso ni en los órganos génito-urinarios. Ya se deja conocer que solo hablamos aqui del histerismo idiopático. Se han encontrado en algunos casos ingurgitados considerablemente de sangre los senos venosos y los vasos de la pia madre; pero esta lesion solo puede atribuirse á la dificultad de la circulacion del cerebro producida por las convulsiones, pues se han observado especialmente semejantes desórdenes en los casos en que han sido aquellas muy violentas y continuas.

«Síntomas.—El conjunto de fenómenos histéricos se compone: 1.º de los que constituyen los prodromos; 2.º de los del ataque, y 3.º de los que persisten despues de este. Louyer-Villermay ha querido establecer tres estadios en el conjunto y sucesion de los síntomas histéricos; pero se ha visto obligado á convenir en que son mas bien diversos grados de intensidad de los síntomas (loc. cit., p. 58). Astruc y Pinel habian ya admitido antes que él la misma division. Cullen dice «que solo varian los accesos por el número mayor ó menor de síntomas, por su intensidad y duracion» (loc. cit., p. 156); cuyo parecer adoptamos con Georget. Procuraremos apreciar todos los grados de esta dificil sintomatologia.

»*Prodromos*.—Solo en casos raros y cuando una causa súbita, como el miedo, la sorpresa ó el temor, ha obrado sobre las enfermas, aparecen los ataques de repente sin ser precedidos de síntomas precursores. Algunas horas, y á

veces muchos dias antes del ataque, se quejan las mujeres de una alteracion general; estan impacientes é inquietas, son víctimas de las ideas mas tristes, no pueden entregarse á ningun trabajo contínuo, todo les fastidia, buscan la soledad, rien y lloran sin motivo y aun á pesar suyo, lo cual prueba que la inteligencia se halla ya perturbada, y que no es libre su voluntad (Sidenham, Louyer-Villermay, Georget). Las enfermas esperimentan dolores de cabeza, vértigos, pesadez, calambres en los miembros, sensacion de un frio glacial, algunos movimientos convulsivos involuntarios, impaciencia continua y necesidad de moverse y de cambiar de sitio: el apetito está disminuido ó pervertido, observándose varios síntomas de la gastro-enteralgia (apetito depravado, tumefaccion epigástrica, secrecion de gases, dolores, vómitos, etc.). Pasan la noche sin poder conciliar el sueño, ó en un estado de agitacion considerable. Muy luego se manifiestan bostezos prolongados y frecuentes, suspiros, una sensacion de ansiedad epigástrica, disnea, palpitaciones, variaciones estremadas de la calorificacion, una opresion de pecho de las mas dolorosas, y por último la constriccion de la garganta y la subida del globo histérico que anuncian el acceso. Cuando los síntomas precursores llegan á este grado, producen tal angustia, que las enfermas prefieren los padecimientos del ataque y desean vivamente que se manifieste. Es raro que falte el acceso cuando se han desarrollado los fenómenos precedentes; sin embargo, algunas veces no se verifica á causa de una fuerte emocion moral ó del tratamiento preservativo.

»2.º *Ataques convulsivos, accesos, ataques histéricos, paroxismo histérico.*—A. *Globo histérico.* —Todos los autores convienen en decir que el acceso empieza comunmente por la sensacion del *globo histérico* (Cullen, Louyer-Villermay, etc); cuyo nombre se ha adoptado, porque dicen las mujeres que sienten como un cuerpo redondo, una especie de bola, que elevándose del bajo vientre ó de cualquier otro punto del abdomen, viene á fijarse en el cuello. Otras veces, en lugar de esta sensacion, esperimentan únicamente las enfermas una impresion sorda y oscura, una constriccion ó una especie de movimiento oscilatorio, que se trasmite desde el bajo vientre hasta el cuello. Estas sensaciones parten por lo comun de la region que ocupa la matriz, y á veces de uno de los vacíos ó del epigastrio. Louyer-Villermay dice, que el globo histérico sigue al parecer el trayecto del trisplánico, recorriéndolo por una especie de oscilacion, subiendo y bajando un número determinado de veces (loc. cit., p. 59). Georget le atribuye á la convulsion sucesiva de los músculos abdominales y torácicos, del diafragma y de la garganta (art. cit., p. 102). Cualquiera que sea el asiento preciso de las convulsiones, y ora afecten los planos carnosos de las vísceras abdominales, de los intestinos, de la faringe, ora los que forman las paredes, siempre terminan en la faringe ó en el aparato muscular laringeo, que entra al fin en convulsion. En algunas enfermas no va precedida de la sensacion del globo la constriccion histérica de la faringe, estableciéndose ya desde el principio. En todos los casos en que existe, les parece á las mujeres que se halla detenido en la faringe un pedazo de pan ó cualquier otro cuerpo estraño; hacen esfuerzos para tragar, y la sensacion persiste hasta que se disipa el espasmo. La deglucion suele ser difícil ó aun imposible.

»Algunas enfermas sienten en un punto limitado del cuerpo un dolor vivo, que se ha llamado *clavo histérico*, porque se parece al que produciria la accion de introducir un clavo en las carnes. Sydenham designa con este nombre un dolor, que podria muy bien no ser otra cosa que una neuralgia (loc. cit., p. 730).

»Poco tiempo despues de aparecer el globo histérico y la contraccion espasmódica de los músculos faringeos, lanza la mujer un grito agudo ó un sonido ronco é inarticulado, cae y pierde el conocimiento. Este suele conservarse en el mayor número de casos, y ya diremos mas tarde cuáles son las sensaciones que se esperimentan entonces durante el ataque. En otros finalmente precede á las convulsiones un estado de aniquilamiento, una especie de síncope y debilidad gradual. La última forma y la primera son las mas frecuentes de todas. Al mismo tiempo entran en convulsion los músculos de las diversas partes del tronco: el pecho, la cara y el cuello se hinchan, poniéndose pálidos, ó muy rojos y lívidos, lo cual sucede por lo comun en las personas robustas y pletóricas. El cuello adquiere á veces, á causa de esta constriccion, una tumefaccion enorme; las venas, distendidas por la sangre, sobresalen considerablemente por debajo de la piel, y la cara puede hallarse tan lívida como en la epilepsia; en muchas enfermas los movimientos convulsivos que agitan los labios y las mandíbulas, hacen fluir una saliva mas ó menos abundante, como en esta última afeccion, cuyo fenómeno es mas raro sin embargo en el histerismo. La laringe se estrecha convulsivamente, y articula por intérvalos algunos sonidos roncos, ó un ruido confuso, sordo, provocado por el paso del aire, que es á veces tan difícil que puede temerse la sofocacion.

»Todos los miembros se hallan agitados por convulsiones sumamente irregulares, que siendo al principio clónicas, se hacen despues tónicas, y producen varios fenómenos de que hablaremos mas tarde, asi como de los demas síntomas.

»La *duracion del ataque* es variable: comunmente es de muchas horas, prolongándose á veces por seis y doce, y aun otras por siete y ocho dias. No persisten los síntomas con la misma intensidad, y aun hay remisiones completas, en las que cesan los movimientos convulsivos, las enfermas se quejan, suspiran, á

sollozan, pero no recobran la palabra ni el uso de los sentidos. Al cabo de cuatro ó cinco minutos vuelven á manifestarse las convulsiones, pero su intensidad y duracion disminuyen gradualmente, hasta que termina el paroxismo. Georget habla ademas de una especie de paroxismo que dura muchos dias, observándose entonces intervalos mayores de reposo, en los que vuelven en sí las enfermas, hablan, beben y aun toman alimento. Un grande ataque se compone de otros pequeños, cuyo número puede variar de diez á sesenta. Georget dice, que en una enferma duró el primer ataque ocho dias, y el segundo cuarenta y cinco, con intervalos de cuarenta á cincuenta minutos (loc. cit., p. 162).

»*Fin del ataque.*—Las enfermas saben conocer muy bien el último ataque, pues cesan de esperimentar la desazon general, la inquietud y el estado neuropático, que son los signos precursores del acceso. La conclusion del paroxismo histérico se anuncia por la disminucion gradual y la cesacion de los movimientos convulsivos, que son reemplazados por los voluntarios, por pandiculaciones, bostezos, estornudos, lloros, risas, y en fin, por la mayor y mas fácil ampliacion del torax.

»Segun Louyer-Villermay y otros autores, «es mas seguro que termine el acceso, cuando las partes genitales se lubrifican por un líquido particular; cuya secrecion rara vez se acompaña de una sensacion voluptuosa análoga á la del coito (loc. cit., p. 93). Galeno y Zacuto Lusitano hablan de accesos histéricos, terminados por la emision involuntaria y voluptuosa de licor espermático; pero seria preciso saber si estos y otros autores no han confundido en semejante caso la ninfomania con el histerismo. Sea de esto lo que quiera, está lejos de hallarse demostrado que llegue realmente á efectuarse una secrecion de la membrana vaginal, pues Georget lo pone en duda (loc. cit., p. 175). Observaremos sin embargo, que es muy posible que la secrecion, suspendida por el espasmo, se restablezca en este órgano lo mismo que en los urinarios, y que por lo tanto la asercion de Villermay merece al menos un nuevo exámen. Una escrecion abundante de orina, comunmente clara, se ha considerado tambien como signo precursor de la conclusion del acceso.

»*Diversos desórdenes funcionales, que se verifican durante los ataques y en sus intervalos.*—Preferimos este método, porque nos parece enteramente conforme con el encadenamiento natural de los fenómenos, y permite seguirlos en las diferentes fases de la enfermedad: de este modo podrá el lector apreciar mejor los cambios que sobrevienen en las funciones de la economia

»*Desórdenes de la motilidad.*—Al definir el histerismo, hemos colocado los movimientos convulsivos entre los mas constantes de sus síntomas; y ahora vamos á estudiarlos segun que afectan: 1.° los músculos de la vida de relacion, o 2.° los de la orgánica.

»A. *Desórdenes de la contractilidad de los músculos de la vida de relacion.*—1.° *Durante el acceso.*—Las convulsiones que se manifiestan en los músculos de la vida de relacion, son una mezcla de espasmos tónicos y clónicos, es decir, que hay sucesivamente contraccion y relajacion de los músculos; de donde resultan esos movimientos tan bruscos, variados y enérgicos, que se observan en el histerismo. Las estremidades superiores é inferiores se mueven en todos sentidos, sucediéndose la flexion, la estension, la rotacion, la adduccion y la abduccion con tal rapidez, que es difícil concebirla sin presenciar un acceso histérico. El tronco y la cabeza se agitan tambien con la misma irregularidad y en los sentidos mas diversos. Cuando se aplica la mano sobre las masas carnosas, se las encuentra de una dureza estremada, y tanto mayor, cuanto mas enérgica es la contraccion. La fuerza que despliegan las enfermas llega á tal grado, que muchas personas fuertes y vigorosas pueden apenas sujetar á una jóven endeble y delicada. El cuerpo se mueve como una lombriz, se contrae en todos sentidos, da saltos y se escapa muchas veces de las manos que lo detienen. Durante estos movimientos desordenados se perciben crugidos penosos en las diversas articulaciones, y si no se conociera la solidez de los vínculos que afianzan las diferentes piezas del aparato locomotor, no seria infundado temer que se rompieran.

»Las estremidades superiores se doblan sobre el tronco, y las manos se dirigen instintivamente al principio del ataque hácia el cuello, al que agarran con violencia, para remover el obstáculo que se opone á la entrada del aire, y destruir el horrible espasmo que ocupa toda esta region. Cuando no se tiene cuidado de vigilar los movimientos de las manos, hieren la cara y el pecho, tiran de los cabellos y desgarran la piel en varias partes.

»La cara está abultada, pero no gesticula como en la epilepsia: algunas contracciones rápidas y pasageras afectan con largos intervalos uno ó muchos músculos. Las mandíbulas se hallan apretadas una contra otra, ó bien se mueven produciendo el martilleo, el rechinamiento ó castañeteo de dientes. Los músculos del cuello y del pecho se contraen espasmódicamente, de donde resulta en la primera de estas regiones una tumefaccion considerable, que impide la circulacion venosa y la respiracion. En algunas enfermas se observan contracciones muy enérgicas del músculo orbicular de los párpados de un lado. La convulsion tónica de los inspiradores se opone á la introduccion del aire; las paredes torácicas inmóviles no se elevan ya para dar entrada á este fluido, y no tardaria en sobrevenir la asfixia, si no penetrase al fin por algunas inspiraciones el que necesita el pulmon. Otras veces es difi-

cil la respiracion, pero casi nunca estertorosa como en la epilepsia. A pesar de los temores que puede inspirar la convulsion torácica, rara vez dejan de restablecerse las funciones respiratorias.

»Los músculos de las paredes abdominales se contraen tambien como los demas; y ya hemos dicho que la subida del globo histérico no era mas que la contraccion de estos órganos ó la de los planos musculares del tubo digestivo, al menos segun ciertos autores. Los esfínteres se afectan igualmente de contractura, y algunos dicen haber observado una constriccion considerable en el constrictor anal.

»La convulsion del histerismo es eminentemente clónica, lo mismo que en la epilepsia; pero no es tan marcado como en esta el *período tetánico*, es decir, ese estado caracterizado durante algunos segundos por la rigidez é inmovilidad de los músculos, y perfectamente descrito por Bean (*Recherehes statistiques pour servir à la histoire de l'epilepsie et de l'hysterie*; en los *Arch. génér. de méd.*, tomo XI, julio, an. 1836). La violencia y la estension de los movimientos son el caracter dominante de la convulsion histérica, la que afecta especialmente los flexores y estensores de los miembros. En algunas enfermas es tónica la convulsion, y Georget dice haber observado una especie de rigidez cataléptica con respiracion insensible (loc. cit., p. 162). Se han visto tambien opistótonos y pleurostótonos.

» *Desórdenes de la contractilidad de los músculos de la vida orgánica.*—Todos los autores hablan de palpitaciones y latidos del corazon como síntomas muy comunes del histerismo: las palpitaciones no son mas que convulsiones clónicas de la sustancia carnosa de este órgano. Obsérvanse tambien espasmos de la laringe, y nos inclinamos á creer, que la constriccion que esperimentan las enfermas en los músculos de la faringe y del cuello, se estiende igualmente á los de aquella, y produce esos gritos estravagantes, estrepitosos ó roncos, parecidos á los de las bestias salvages. A esta contraccion anormal de los músculos laríngeos es á la que debe atribuirse la modificacion que sobreviene en el timbre de la voz antes del ataque, y que persiste despues de él por mas ó menos tiempo.

»Fórmanse en diferentes puntos del vientre varios tumores, cuyo asiento parece ser el tubo digestivo, que se dobla y repliega en diferentes sentidos bajo el imperio de las convulsiones clónicas de la membrana muscular. Las mujeres perciben antes del ataque los movimientos del conducto intestinal, que comparan á los que produciria un cuerpo que cambiase de lugar, ó un ser animado que se agitase en varios sentidos. Cuando se aplica la mano en el vientre de una enferma que padece un ataque de histerismo, no es raro sentir este movimiento de los intestinos, y tumores que se forman, disipan y pasan de un punto á otro. La presion ejercida sobre estos tumores movibles, provoca muchas veces el dolor y hace mas intenso el ataque. Es probable que la constriccion incómoda que esperimentan las mujeres en la region epigástrica, sea debida á la contraccion espasmódica de los diferentes planos carnosos del estómago ó del diafragma; á cuya region llevan instintivamente las manos, diciendo cuando pueden esplicarse sobre la naturaleza de sus males, que la constriccion y el dolor vivo que sienten en este punto, les ocasionan sufrimientos intolerables. Los vómitos que se verifican en el momento ó en el curso del acceso, reconocen tambien la misma causa. Los borborigmos y el gorgoteo que se perciben con la mano, y que hasta suelen oirse á cierta distancia, dependen de los movimientos del tubo digestivo.

»No se limitan las convulsiones á los intestinos, sino que se propagan hasta el esófago y la faringe, ocasionando esa constriccion espasmódica que impide á los enfermos tragar los líquidos, y da lugar á la sensacion estrangulatoria en que parece terminar muy á menudo el globo histérico. Este no es segun varios autores, sino la convulsion clónica y sucesiva de los músculos del tubo intestinal, que partiendo de las porciones inferiores del mismo, recorre toda su longitud, concluyendo en el esófago y la faringe. El diafragma no deja tampoco de participar de la constriccion é inmovilidad del pecho, y contribuye igualmente á dificultar la respiracion. Louyer-Villermay dice, que se observan asimismo contracciones muy incómodas en el útero. Sabida es la creencia que tenian los antiguos de que dislocándose la matriz, subia desde el hipogastrio á las partes superiores. Areteo de Capadocia admitia igualmente este movimiento de traslacion; Galeno considera como errónea semejante doctrina, y demuestra que el útero no puede dejar el lugar que ocupa (véase *Naturaleza*). Nosotros creemos, que los movimientos que se perciben en la region hipogástrica, dependen las mas veces de la contraccion de las porciones del intestino colocadas en este punto, ó de la de las partes musculares que lo rodean.

»2.° *En el intervalo de los ataques*, permanece mas ó menos afectada la contractilidad de los músculos de las vidas de relacion y orgánica, segun la violencia y duracion que hayan tenido aquellos. Las enfermas se quejan de dolores agudos, de laxitudes, de quebrantamiento de miembros y de una debilidad tan considerable, que les impide andar: existe una especie de aniquilamiento de la contractilidad, y no una verdadera paralisis, pues al cabo de un tiempo bastante corto vuelven los miembros á recobrar sus funciones. Algunas veces persiste despues de los accesos una paralisis que se ha llamado *histérica*. Willson, de Middlesex ha publicado sobre esta materia un escrito que tiene muy poco valor; pues sus observaciones carecen de pormenores, y aun se puede afirmar

que la mayor parte de ellas no corresponden al histerismo (*Note sur la paralysie hysterique*, *est de las Transac. de la Soc. médic. chir. de Londres*, t. XXI; en la *Gazette médicale*, número 3, enero, 1839). La parálisis histérica ofrece la particularidad de ser generalmente parcial, limitada á un miembro y aun á un dedo, de disiparse con rapidez y no gradualmente como la sintomática de cualquiera lesion del sistema nervioso, y en fin, de suceder á las convulsiones. Copland dice, que se ha observado la paraplegia en algunas enfermas, y que en un caso citado por Brodie, se tomó esta parálisis histérica por una afeccion de la médula.

»Obsérvase tambien la parálisis de los músculos de la voz, de los esfínteres, de la vejiga (Georget, loc. cit., p. 163), de la lengua y del esófago. Se ha visto persistir la afonía histérica hasta despues de curada la afeccion nerviosa, simulando durante mucho tiempo una lesion material de la laringe.

»La contractura es un fenómeno mucho mas comun que la parálisis: puede afectar el músculo esterno-mastoideo produciendo un tortícolis, los de la nuca, los de un miembro, los del vacío y de la cadera. En este último caso, la estremidad inferior presenta un acortamiento, que puede hacernos suponer una enfermedad del hueso coxal. Andral ha visto en una jóven histérica, que el tronco formaba un ángulo recto con el innominado, cuya contractura persistió muchos meses y se disipó despues sin dejar otro accidente. La hidrofobia que se ha observado en algunas enfermas, parece depender del espasmo tónico de la faringe y del esófago. Algunas veces queda un estrabismo y un poco de rigidez en los músculos que mueven la mandíbula. Es raro observar perversiones de la motilidad despues de los ataques histéricos. Sin embargo, Georget dice que puede sobrevenir el córea al concluirse el acceso.

»B. *Desórdenes de la sensibilidad.*—1.° *Durante el ataque.*—Las que conservan su inteligencia mientras este se verifica, pueden esplicar los fenómenos que han sentido; en cuyo caso dicen haber esperimentado dolores agudos, desgarraduras, angustia en la region epigástrica, en todo el vientre, en el corazon; y en la cabeza, diversos ruidos, silbidos, detonaciones y un dolor fijo (clavo histérico): ora recorre su cuerpo un frio glacial, un calor vivo, una especie de vapor; ora consiste el mayor sufrimiento en las convulsiones que agitan las diferentes vísceras abdominales y torácicas. La constriccion del cuello y del pecho incomodan tambien mucho á las enfermas.

»En las histéricas que conservan su inteligencia, permanece íntegro el oido; de modo que oyen muy distintamente todo cuanto se habla á su alrededor; por lo cual es preciso tener cuidado de no pronunciar delante de ellas palabra alguna que las pudiera agraviar, ó causarles algun disgusto, procurando tambien prevenirlo á las personas que se hallen presentes. La vista rara vez se conserva, pues casi siempre los párpados se hallan caidos y cubren el globo ocular. Georget habla de una enferma que veia con uno de los ojos, cuyos párpados estaban separados convulsivamente, y que ademas podia hablar cuando los padecimientos no hacian demasiado vagas sus ideas (art. cit., p. 161).

»2.° *Desórdenes de la sensibilidad en el intervalo de los ataques.*—Los desórdenes de la sensibilidad llegan á un alto grado en el histerismo, pudiéndose decir que esta afeccion ofrece el cuadro mas variado y completo de cuantas perversiones es capaz el sistema nervioso. Estudiaremos las modificaciones de la sensibilidad, segun que se halle aumentada, disminuida ó pervertida.

»1.° El estado *hiperestésico* de todos los órganos es el que se manifiesta con mas frecuencia, y hé aquí sus principales síntomas: cefalalgia frontal, occipital, sincipital, hemicránea, dolores neurálgicos, ráfagas de fuego en diferentes puntos de la cabeza, de la cara y muchas veces de los miembros (en ciertos casos este dolor no sigue el trayecto de los nervios, y parece residir en la piel); sensacion, que existe tambien en el pecho, en el trayecto de los nervios intercostales, ó tan solo en los tegumentos y en la region epigástica, que goza de una sensibilidad estraordinaria, en términos que los enfermos no pueden muchas veces soportar la presion mas ligera de los vestidos: hay dolores vivos en la laringe, acompañados ó no de alteracion de la voz. Los sentidos adquieren á veces tan estremada finura, que no es facil concebirla sin haber observado algunas histéricas. Asi es que despues de los accesos oyen los sonidos mas distantes é imperceptibles para los oidos mas delicados; su olfato se impresiona por los olores mas débiles; el ojo no puede soportar la luz, y el tacto se halla tan desarrollado, que los cuerpos mas diminutos hieren la red nerviosa y papilar que constituye la superficie del dermis. Los fluidos imponderables, la luz, la electricidad y los cambios atmosféricos, los afectan muy vivamente. Esta hiperestesia es la que hace que las mujeres histéricas se presten tan bien á los esperimentos magnéticos, pues la exaltacion de sus sentidos suministra al magnetizador que sabe esplotarla, una série de fenómenos estraordinarios que le son útiles, y con cuyo ausilio llega muchas veces á engañar á los hombres crédulos ó poco acostumbrados á las ciencias de observacion. Una mujer histérica observada por nosotros fue acometida de un fuerte ataque, despues del cual anunció á las personas que la rodeaban que su esposo, á quien hacia mucho tiempo que no habia visto, venia á visitarla; y en efecto, algunos minutos despues de esta adivinacion se presentó su marido. Nos aseguró despues positivamente, que lo habia reconocido en sus pasos, en el momento en que entraba por una puerta muy distante del parage

donde ella habitaba. Si quisiéramos someter á un sério examen todos los milagros del magnetismo, fácilmente demostraríamos que la mayor parte se esplican por la hiperestesia que padecen las sonámbulas, sean ó no histéricas. Verdad es que hay otra série de fenómenos, que solo existen en el cerebro de los que los imaginan y de los que creen en ellos; pero no nos alejemos de nuestro objeto.

»La hiperestesia puede desarrollarse en las vísceras en que no existe mas que la sensibilidad llamada por Bichat *orgánica*, en cuyo caso sobrevienen sensaciones anormales, que atormentan mucho á las desgraciadas histéricas. A veces se sienten en la region precordial dolores agudos que tienen su asiento en el corazon, en cuyo caso suele haber al mismo tiempo palpitaciones, que pudieran hacernos temer el desarrollo de alguna enfermedad de este órgano, si no se supiera que la exageracion de la sensibilidad puede por sí sola producir tales fenómenos. Las mujeres histéricas se quejan de dolores continuos ó intermitentes, de calambres, de ardor en el estómago, de cólicos á veces muy vivos, y de dolores vesicales que les obligan á orinar frecuentemente (*De l'ischurie hysterique*, doct. Laycock; en la *Gazette méd.*, núm. 5, febrero 1838; journ. etrang.) Los riñones, el hígado y el útero son tambien asiento de dolores intensos.

»Los dolores que se manifiestan en las histéricas varian mucho por su asiento é intensidad. Copland los ha estudiado mas cuidadosamente que todos los demas autores. Ora ocupa el dolor la region mamaria, aumentándose por la presion ó la inspiracion, pudiendo simular una pleuresia por su pertinacia y por lo mucho que atormenta á las enfermas; ora se halla en la region epigástrica, donde se manifiesta repentinamente, durando desde algunos minutos á muchas horas, y aumentándose por la presion (art. HISTERISMO, *Diction. of practical medicine*, p. 276). En algunas enfermas se dirige á lo largo del colon descendente, y llega hasta la fosa iliaca izquierda. Brodie ha observado muchas veces una fuerte distension gaseosa del tubo intestinal. Otras, el dolor se fija en el pubis, acompañándose de un desórden en la secrecion urinaria y de cólicos que parecen depender de una congestion del útero. Estos dolores pueden tambien manifestarse en el abdomen y simular una peritonitis, ó bien en la vejiga, en la direccion de los uréteres, y ocasionar una disuria pasagera. Obsérvanse asimismo en algunas enfermas dolores agudos en las regiones dorsal y lumbar, que pueden hacernos suponer una cáries de las vértebras, de lo que ha visto Brodie un ejemplo (*Lectures illustrative of certain local nervous affections*, Lond. 1837), y en ocasiones van acompañados de espasmos de los miembros que simulan el córea. Tambien se ha visto á estos dolores manifestarse al nivel del sacro y del coxis, dependiendo á menudo de una afeccion evidente de la matriz. En algunos casos se irradian hasta el hígado, afectando formas muy variadas, que pueden imitar una lesion de este órgano. Piorry ha referido hace mucho tiempo todas estas irradiaciones neurálgicas que se observan en las diferentes vísceras torácicas y abdominales. El histerismo, segun este médico, es una neuralgia uterina ascendente, como luego diremos (v. *Naturaleza*); y se comprende muy bien que esta neuralgia vaya propagándose de una víscera á otra sucesiva ó simultáneamente. Es preciso reconocer que este modo ingenioso de esplicar los dolores que tan á menudo se observan en las histéricas, está de acuerdo con los hechos.

»Andral refiere en sus *Lecciones de patología general* (curso de la Facultad, año de 1842) la existencia de dolores bastante vivos, situados á lo largo del raquis, pudiendo ocupar las regiones cervical, dorsal y lumbar. Se les determina comprimiendo las apófisis espinosas, y al mismo tiempo se manifiesta algun otro dolor en un punto variable segun donde se ejerza la presion. Si es en la region cervical, esperimenta la enferma inmediatamente la sensacion de un cuerpo estraño detenido en la garganta, cuya sensacion sigue á la presion de las vértebras en el mismo instante y con la velocidad del rayo, desapareciendo con la misma rapidez. Cuando se comprime la parte superior de la region dorsal, sienten las enfermas como si les introdujeran el esternon en el pecho; manifestándose por el contrario el dolor dorsal cuando se comprime el esternon. Si se hace en la parte inferior de la region dorsal, el dolor aparece en el epigastrio. Hemos observado estos diversos fenómenos en una jóven histérica de las salas de Andral. Hay casos en que el dolor ocupa solamente uno de los puntos indicados, y otros en que es múltiple.

»La violencia y continuidad de la escitacion nerviosa alteran al cabo la nutricion, y cuando la hiperestesia es estremada ó comprende casi todas las funciones, el esceso de los dolores acarrea á veces un delirio nervioso ó una anestesia peligrosa, cayendo entonces las enfermas en una especie de entorpecimiento y de insensibilidad.

»2.º La *anestesia general*, de que acabamos de hablar, se presenta con mas frecuencia en el histerismo que en ninguna otra afeccion. La parcial puede ocupar una porcion de la piel, ó bien un ojo: la amaurosis histérica es poco duradera, y se disipa poco despues que el acceso.

»3.º *Perversion.* — Encuéntranse en las histéricas perversiones y alucinaciones bastante frecuentes de los órganos de los sentidos. Ven objetos rojos, partículas que revolotean por el aire, y aun á veces tambien imágenes fantásticas, en cuyo último caso hay concepcion delirante. Oyen diversos ruidos, tales como zumbidos y silbidos, y otros mas estraños; respiran con delicia los olores fuertes ó muy fétidos, como el almizcle, el alcanfor, la asafétida y la

fragancia de las flores mas odoríferas; esta perversion del olfato, que persiste en el intervalo de los paroxismos, permite en ocasiones reconocer las mujeres atacadas de histerismo, ó las que estan predispuestas á padecerle. El gusto se halla muchas veces depravado, buscando entonces las enfermas sustancias no alimenticias. Andral cita en sus lecciones la historia de una jóven histérica, que apetecia comer papeles escritos. Otras desean las sustancias ácidas, la creta, el carbon, etc. (v. BULIMIA y GASTROENTERALGIA). La piel es asiento de varias sensaciones: algunas se quejan de un frio glacial ó de un calor ardiente, aunque se conoce, sin embargo por el tacto, que conservan los tegumentos su temperatura ordinaria: otras sienten hormigueo y pinchazos, y no pueden soportar el mas ligero contacto de un cuerpo aspero.

»C. *Desórdenes de la inteligencia.*—1.° *Durante el ataque.*—Débese bajo este aspecto hacer dos grupos de las enfermas, uno formado por las que conservan su conocimiento, y otro por las que lo pierden. Las primeras, como ya hemos dicho, pierden la palabra; pero oyen muy bien todo lo que se dice ó pasa á su derredor. Aniquiladas por los violentos dolores que esperimentan, quedan todavia algun tiempe despues del ataque sumidas en un estado de torpeza y aniquilamiento, que es penoso para el mayor número de las enfermas, pero que no por eso deja de ser agradable para algunas. «En las que no pierden el conocimiento, dice Georget, las convulsiones son menos intensas, no constituyen, por decirlo asi, mas que esfuerzos propios del dolor, y las enfermas las comparan á la especie de rigidez general que se opone instintivamente á toda sensacion dolorosa, viva é instantánea» (loc. cit., p. 170). Las convulsiones son mas intensas, y se parecen mucho mas á las epilépticas, cuando se pierde el conocimiento; siendo entonces, segun Georget, cuando se cubre de espuma la boca de las pacientes. Entre veintidos enfermas que ha observado este médico, en ocho no era completa la pérdida del conocimiento; once quedaban privadas de repente de toda sensacion; en dos la abolicion del sentimiento no sobrevino sino mucho tiempo despues de los primeros ataques, y en la última solo algunos accesos eran los que iban acompañados de este fenómeno. Entre las histéricas que perdian el conocimiento, siete presentaban espuma en la boca, seis una alteracion profunda de la cara, tres hinchazon y tinte lívido, y una sola rechinamiento de dientes. En algunas varian los ataques, siendo unas veces con pérdida del conocimiento, y otras sin ella.

»2.° *Desórdenes de la inteligencia en los intervalos de los ataques.*—Cuando los accesos son intensos y frecuentes, ó duran mucho tiempo, queda mas ó menos afectada la inteligencia. Las mujeres se acuerdan vagamente de la crisis que han esperimentado; pero es raro que la olviden enteramente como en la epilepsia; aunque sin embargo sucede asi, cuando el ataque histérico es violento y epileptiforme. Los trabajos de espíritu las fatigan mucho, siéndoles frecuentemente imposible entregarse á ellos; quedan tristes y abatidas, y se apodera de su espíritu una melancolía profunda. A veces deliran mas ó menos tiempo despues del acceso, cuyo delirio, puramente nervioso y comparable al de los amputados y personas que han sufrido grandes padecimientos, acaba por disiparse, aunque tambien suele persistir en algunos casos constituyendo una verdadera manía, ó terminar en la monomania suicida. En otras ocasiones se debilita la memoria; pierde el juicio toda su rectitud, y se observa un cambio completo en las costumbres de las personas, que se hacen pusilánimes, tímidas y caprichosas, pareciéndose á los niños: algunas caen en la apatía y en un estado de estupidez que se parece mucho al que presentan los epilépticos.

»Tambien indicaremos otro cambio, que sobreviene en la moral de las histéricas, y que reclama toda la atencion del médico y del filósofo. Gustan mucho las enfermas de las obras literarias apasionadas y tristes; buscan cuanto les pueda escitar emociones que necesitan menos que otra alguna; les agradan las novelas, los espectáculos, la música y el baile; son muy accesibles á las pasiones tiernas, y no temen entrar en amistades peligrosas, que aumentan muchas veces la intensidad de su mal; se inclinan mucho á los placeres del amor, y cometen en ciertos casos grandes escesos venéreos. Cualquiera que sea la opinion que se forme acerca del asiento del histerismo, hágasele provenir del útero ó del cerebro, no puede menos de reconocerse que la continencia no es comun en las histéricas, lo que depende sin duda de la escitacion que padecen los órganos genitales, como las demas partes del sistema nervioso; siendo á nuestro parecer esta la causa que ha conducido á los autores á recomendar el casamiento como medio de curar el histerismo, fundándose en la inclinacion que tienen las enfermas á los placeres venéreos. Pero no han reflexionado suficientemente, que si esta afeccion ataca sobre todo á las jóvenes en quienes no se ha satisfecho todavia el objeto de la naturaleza, debe activar la inclinacion natural de esta edad á causa de la escitacion que determina en todo el sistema nervioso. Creemos, pues, que es poco prudente obedecer á este impulso, y que el médico debe hacer por dominar, ó mas bien combatir, el estado de neurostenia que le da origen, como los demas fenómenos de hiperestesia que ya hemos referido.

E. »*Síncope histérico, muerte aparente.*—Louyer-Villermay considera como síntoma del tercer grado del histerismo el estado de síncope y muerte aparente que se apodera de algunas enfermas. Las funciones del pulmon y del corazon parecen hallarse suspendidas, ó hablando mas exactamente, se desempeñan con tal lentitud, que no pueden sentirse los latidos del

pulso ni los del corazon, al menos con la mano, ni percibir los movimientos del torax. El calor desaparece, las enfermas se quedan frias, pálidas, sin movimiento, y como si fueran cadáveres. Los autores refieren numerosos ejemplos de mujeres histéricas, que han permanecido algun tiempo en esta especie de letargo, y á quienes se trataba ya de enterrar. Los hechos principales de este género han sido referidos por Asclepiades, Plinio el naturalista, Ambrosio Pareo, Raulin y Lancisi en el *Periódico de los sabios* (v. la obra de Louyer-Villermay, p. 64). Todos saben la lúgubre aventura sucedida á Vesalio, que introdujo el escalpelo en el cuerpo de una mujer todavia viva, y á quien hizo pagar cara su imprudencia el abominable tribunal de la inquisicion. No es este lugar á propósito para describir los signos de la muerte verdadera, y solamente diremos, que en los casos de síncope histérico debe esperarse á que sobrevenga la putrefaccion, ó someter el cadáver á las diversas pruebas que puedan disipar la duda. Por lo demas, el estado de muerte aparente, de que vamos hablando, es muy raro, y no puede de ningun modo considerarse como el último grado del histerismo. «Jamas hemos visto, dice Georget, esos síncopes estraordinarios que simulan la muerte, y que duran muchos dias sin indicio alguno de las sensaciones, del movimiento, de la respiracion y de la circulacion: solo hemos observado algunas enfermas, que perdian completa ó casi completamente el conocimiento por algunos minutos, persistiendo muchas veces la respiracion y la accion cardiaca» (art. cit., p. 171.) Louyer-Villermay refiere un caso de esta especie muy curioso. Habiendo sido enérgicamente contrariada en su amor á un jóven una muchacha de veintiun años, fué acometida despues de un violento ataque de histerismo, de un adormecimiento letárgico que duró siete dias. Habia pérdida absoluta de las sensaciones, del movimiento, y trismo; la faringe, muy estrechada, se oponia al paso de toda sustancia; la cara estaba animada, la vista fija, los párpados contraidos, la respiracion era difícil, y el pulso regular: la enferma recobró poco á poco la palabra, el sentimiento y el movimiento.

El sueño es inquieto, muy ligero, y el menor ruido hace que se despierten sobresaltadas las enfermas, ó bien tienen pesadillas y ensueños espantosos. Por la mañana existe una soñolencia marcada, y se levantan las histéricas con el cuerpo quebrantado y con una desazon que persiste muchas veces todo el dia.

»Se ven, por último, algunas enfermas que caen, al concluirse el ataque, en un estado de sonambulismo completo, siendo entonces cuando aparecen los fenómenos correspondientes á ese estado morboso tan singular, con que especula el magnetismo. El acceso termina á veces por un delirio alegre ó por un éxtasis. Ciertas histéricas caen en un estado comatoso, que debe inspirar grande inquietud. Whytt y Conolly han observado esta forma soporosa del histerismo.

»F. *Desórdenes de las demas funciones.* — Obsérvanse en el tubo digestivo dolores agudos, de que ya hemos hablado, y que tienen al parecer su asiento en el sistema nervioso gástrico. Durante el paroxismo, y aun despues, se llena el estómago de gases, que se propagan igualmente á los intestinos. La causa de esta secrecion gaseosa insólita debe buscarse en la modificacion patológica que sufren las sensaciones bajo la influencia de los desórdenes nerviosos, de que se halla afectado el mismo trisplánico. La perversion que produce estos gases es completamente igual á la que se verifica en la gastro-enteralgia simple ó sintomática de la hipocondría (v. esta palabra). Difícilmente se concibe cómo ha podido sostener Magendie, que la hinchazon del estómago debia atribuirse al aire que traga involuntariamente la mujer cuando son fuertes los ataques (*Annal. de la Societé médic. de emulat.*, año VIII). La presencia de gases en el tubo digestivo produce una distension muy incómoda para las enfermas, que á veces consiguen desembarazarse de ellos por las vias superiores ó inferiores. Segun muchos autores, es en ciertos casos bastante fuerte la constriccion del ano para oponerse al paso de los gases y á la administracion de las lavativas. «Tanta est ventri strictura, dice Hoffmann, ut nec ullus flatus transmitti; nec propter ingentem resistentiam quicquam clysmatis admitti possit» (loc. cit., p. 51).

»La tumefaccion gaseosa de los intestinos en el intervalo de los accesos produce abolladuras, desigualdades, ó aun tumores, que podrian confundirse con afecciones orgánicas de las vísceras, ó con el embarazo. Algunas mujeres se ven atormentadas despues de los accesos por náuseas continuas y esfuerzos de vómito, y otras vomitan los alimentos, materias mucosas ó biliosas; el apetito es estravagante, y las digestiones lentas. Muchas padecen dispepsia; pero sin embargo, la mayor parte digieren muy bien: comunmente suelen estar estreñidas. En algunas se han observado movimientos y pulsaciones arteriales en la region epigástrica y horror á los líquidos. (Casos curiosos de histerismo hidrofóbico, *Bulletin de therapéutique*, p. 373, t. XVII). El histerismo va acompañado muchas veces de una disfagia estremada. (Graves, *Arch. gén. de med.*, p. 271, t. II, 1833).

»La respiracion es laboriosa y difícil durante los accesos, y la inspiracion ronca ó acompañada de estertor laríngeo, debido á la presencia de mucosidades contenidas en este órgano. En otros casos la respiracion es suspirosa, ora con hipo y muy acelerada, ora profunda y lenta, no habiendo nada, en una palabra, tan variable como el desórden de esta funcion. Poco despues del acceso presenta la respiracion en grados diferentes las mismas alteraciones, hallándose frecuentemente muy acelerada: hemos contado muchas veces 64 respiraciones por

minuto en una jóven histérica de las salas de Andral. No hay ninguna otra enfermedad, á no ser alguna neurosis, en que pueda ser tan frecuente la respiracion, sin que se halle muy próximamente amenazada la vida. Algunas enfermas padecen una tos continua, fatigosa y seca, de la que hemos visto un ejemplo, y que puede tomarse por una afeccion tuberculosa incipiente. En muchas histéricas sobrevienen accesos de sofocacion con intervalos mas ó menos largos, con tos nerivosa ó sin ella, manifestándose en ciertos casos una afonia que persiste con singular rebeldia. Copland dice, que cuando esta afonia va acompañada de tos y disnea muy considerable, puede confundirse con un edema de la glotis, ó con una laringitis crónica. Conolly refiere, que se ha visto al histerismo imitar un ataque de croup, y aparecer como este á media noche. En algunas enfermas la sofocacion inminente y la estrangulacion se atribuyen á enfermedades agenas al histerismo. El hipo, los sollozos y la risa convulsiva acompañada de una voz estrepitosa y doliente, suelen observarse tambien al concluir los ataques, y aun persisten á veces mucho despues. La terminacion del acceso se anuncia á veces por estornudos (Louyer-Villermay). Las enfermas se quejan por bastante tiempo de una sensacion de constriccion incómoda en la base del pecho hácia las inserciones del diafragma. Los movimientos inspiradores son profundos y penosos, como si les costase á los pacientes mucho trabajo vencer el espasmo de los músculos que presiden á la respiracion.

»En medio de los numerosos é intensos desórdenes que se desarrollan en el momento del paroxismo, es notable que la circulacion participe muy poco del estado general. Los latidos del corazon son lentos, algo sordos y profundos, habiendo en ciertas histéricas un poco de irregularidad y aun de intermitencia. Ya hemos dicho que las palpitaciones eran muy comunes fuera del ataque; siendo preciso considerarlas como una simple neurosis del corazon, capaz de ocasionar alteraciones mas profundas, como diremos mas adelante. Cuando las palpitaciones van acompañadas de dolor, hay á la vez neurosis y neuralgia cardiacas. Sydenham habla del dolor de la region precordial (Dissert. cit., §. 749). El pulso es generalmente regular y no acelerado, pudiendo sin embargo ofrecer algunas irregularidades; pero su principal carácter es el de no ser febril, es decir, frecuente como en las flegmasías. Por lo que hace á los ruidos de soplo y músico de las arterias, si es que llegan á percibirse, es porque existe una complicacion de cloro-anemia. Las pulsaciones del tronco celiaco y de otros troncos arteriales, son fenómenos nerviosos que reconocen por causa la neurostenia general.

»Las mujeres histéricas escretan orinas diáfanas y claras como el agua de las sierras, no solo durante el ataque, sino tambien despues de él; y no tiene razon Sydenham en decir que estas cualidades de la orina son un signo patognomónico del histerismo y de la hipocondria; pues se las ha observado en muchas afecciones nerviosas y en individuos sanos que habian sufrido una emocion moral: sin embargo, son un síntoma que no debe descuidarse. «La menstruacion es á veces irregular, ó bien si aparece todos los meses, es difícil, dura poco, y va acompañada de dolores de cabeza, desazon, de un cambio en el carácter, etc.: á veces es muy regular y tan abundante como de ordinario. La concepcion, la gestacion y el parto, no se interrumpen de modo alguno en las mujeres histéricas. Muchas tienen un flujo blanco abundante» (Georget, art. cit., p. 164).

»Las mujeres histéricas, á pesar de sus sufrimientos, conservan toda su frescura y robustez, sin que pueda decirse al verlas que se hallan enfermas; pero al cabo todas las funciones se encuentran mas ó menos desordenadas, se altera la nutricion, la cara se pone pálida y triste, y sobreviene el enflaquecimiento.

»CURSO Y DURACION DEL HISTERISMO.—Esta afeccion empieza ordinariamente por los síntomas que dejamos descritos, y que preceden al ataque; el cual, sin embargo, se manifiesta á veces inmediatamente despues de la accion de una causa repentina. La repeticion de los paroxismos no depende en muchos casos de ninguna influencia esterior, y el embarazo los aleja ó aun suspende: «Hystericæ tempore gravi»ditatis quo impetum principii vitalis uterus »attrabit, a spasmis et affectibus nervosis libe»ræ sunt» (Hoffmann, loc. cit). No obstante, refiere este autor dos ejemplos, que prueban que el embarazo no liberta siempre á las mujeres de los ataques histéricos (observ. III, loc. cit., p. 59). Una fractura del cráneo, un absceso de los pechos, y una afeccion del cerebro seguida de paralisis, han suspendido momentáneamente el histerismo (Hoffmann, loc. cit.). Las emociones morales y todo lo que puede modificar de una manera súbita, aun cuando sea levemente, el sistema nervioso, acerca mas los ataques, y lo mismo sucede con las épocas menstruales. Georget observa que las flegmasias agudas graves suspenden generalmente los paroxismos, y que sin embargo, otras afecciones igualmente agudas, no siempre tienen este influjo, como por ejemplo, una neumonia ó una fiebre intermitente. Los autores refieren algunos casos de histerismos periódicos, que se han combatido ventajosamente con el sulfato de quinina (*Bull. de therap.*, p. 101, t. X). Puede muy bien admitirse que esta afeccion sea periódica, sin que haya por eso una pirexia intermitente que la complique. Las enfermedades que revisten con mas frecuencia la forma intermitente son las neurosis.

»Louyer-Villermay y otros muchos con él opinan, que el coito ejerce una influencia favorable sobre los ataques, pudiendo hacer que se retarden ó falten del todo. Admitiendo Ga-

leno, Zaculo Lusitano, Foresto, F. Hoffmann, y otros muchos que pudiéramos citar, que la retencion del licor espermático, ó la continencia, para hablar mas fisiológicamente, es la que determina el histerismo, así ellos como todos los demas que profesan la misma opinion, no vacilan en decir que el mejor medio de alejar los accesos, y aun de curar la afeccion, es el casamiento y la reunion de los sexos. «Qua de »causa etiam antiquiores medici permoti fue- »runt ut retentum semen pro principe nostri »mali causa habuerint, omnemque medendi »scopum es direxerint, vel conjugium commen- »daverint, vel retento in utero semini variis »modis exitum parare studuerint» (Hoffmann, p. 53). Algunos autores no se han ruborizado de emplear vergonzosas maniobras para hacer que terminase el ataque histérico. Sauvages habla de una mujer en quien «clitoridis titil- »latio à barbitonsore impudico instituta paro- »xysmum solvebat.» Pomme, Tissot y Georget sostienen que el coito agrava el mal, y que si el casamiento curaba algunas veces, era mas bien por la satisfaccion que recibia el corazon, que no por la de los sentidos.

»La duracion del histerismo es variable: algunas quedan completamente exentas del mal despues de dos ó tres ataques; pero no es la mas comun esta terminacion. El histerismo producido por causas morales cesa ordinariamente con la desaparicion de las mismas. Cuando no se cura de un modo espontáneo, ó por los recursos del arte, puede exasperarse ó disminuirse por los progresos de la edad; de modo que los accesos vayan progresivamente disminuyendo de intensidad. Unas veces se suprimen de pronto por una influencia esterna ó por una enfermedad, y otras se suspenden para volver á manifestarse al cabo de un tiempo variable, como sucede en la mayor parte de las neurosis, siendo esto último lo mas comun. Georget dice que se observan despues de estas exacerbaciones y remisiones, «convulsiones faciales permanentes, retracciones espasmódicas de algunos puntos, accesos de sofocacion, varias paralisis, las mas veces incompletas, de las sensaciones ó del movimiento, un estado melancólico é hipocondriaco pronunciados, flegmasias crónicas, vómitos nerviosos contínuos, etc.; cuyos accidentos pueden desaparecer y reproducirse muchas veces en el curso de la enfermedad.

»Terminacion.—Es muy raro que el histerismo termine por la muerte; la cual, cuando llega á verificarse, resulta por lo comun de la considerable dificultad de la respiracion y de la escesiva congestion del cerebro, como se ha observado en un corto número de casos. Esta afeccion termina las mas veces en la salud completa. Cuando se prolonga y es considerable su violencia, ya hemos dicho que podia terminar en la catalepsia, la demencia, la melancolia suicida, en un estado de imbecilidad mas ó menos marcado, etc. Tambien puede trasformarse en otra neurosis, como por ejemplo en la epilepsia, lo que felizmente es muy raro (Georget), siendo mas frecuente que la suceda la hipocondria. ¿Puede terminar el acceso por un síncope, ó por un letargo mortal? Se ha dicho que la muerte aparente, ó el síncope histérico, podia considerarse como una terminacion del histerismo; pero es preciso esperar nuevos hechos antes de admitirlo. En cuanto á las crisis por erupciones, sudores, hemorragias y secreciones diversas, una diarrea, y la emision del licor espermático, creemos prudente considerarlas por lo menos como dudosas, sin que por eso las desechemos. Pueden sobrevenir afecciones orgánicas en las vísceras á causa de la perturbacion de las diversas partes del sistema nervioso; lo cual es si se quiere un modo de terminacion, de que hablaremos mas adelante (v. *Complicaciones*).

»Especies y variedades.—Hemos dicho, al trazar las divisiones de nuestro artículo, que Louyer-Villermay admite dos variedades de histerismo, una que llama *histericismo* y otra *histerismo epileptiforme*. Esta última variedad es la única que nos parece conveniente conservar.

»La histero-epilepsia que Senerto, Lansonius y Johnston, han denominado impropiamente *epilepsia uterina*, es una afeccion complexa, constituida por los síntomas de la epilepsia y del histerismo; pero unas veces se hallan separados los ataques histéricos y epilépticos, y otras se compone siempre cada acceso de estas dos clases de síntomas en proporcion variable. Beau admite tambien una tercera forma de histero-epilepsia, en que el vértigo epiléptico se manifiesta con ataques de histerismo puro (mem. cit., v. tambien nuestro artículo epilepsia). La primera y tercera forma se reconocen fácilmente, pues sus síntomas son los de la epilepsia ó del histerismo. La segunda ha sido precisamente admitida en vista de lo dificil que es saber si el acceso pertenece á una ú otra de las afecciones que hemos nombrado. En esta forma, la invasion del ataque es casi instantánea, las convulsiones violentas y mas tetánicas que clónicas; se pierde completamente el conocimiento; puede persistir la sensibilidad, ponerse la cara hinchada y violada, y cubrirse la boca de espuma como en la epilepsia. Despues del ataque no se halla á los enfermos abatidos y quebrantados, como se observa en esta última afeccion cuando es simple, sino afectados de todos los desórdenes de la sensibilidad y la motilidad que ya hemos referido. Ciertamente que seria perjudicial á la ciencia conservar la denominacion de *histero-epilepsia* para los casos en que puede establecerse exactamente el diagnóstico; pero es preciso reconocer tambien, que hay otros en que no pueden sostenerse las divisiones sistemáticas, y respecto de los cuales es preciso proceder con reserva, diciendo que el mal participa de ambas neurosis.

»No haremos mas que recordar aqui lo que

ya hemos dicho en otra parte, y es, que el histerismo puede ser sintomático de una enfermedad visceral, que obra entonces como causa determinante en una persona muy predispuesta, ó que viene á complicarse con el primero.

»Complicaciones. — Algunas son accidentales y siguen su curso con el histerismo, lo mismo que con cualquiera otra enfermedad; de cuyo número son las flegmasias agudas del pulmon, de la pleura ó de cualquier otro órgano. Los tubérculos del pulmon se han considerado como complicaciones esenciales, es decir, dependientes del histerismo. No hay duda que puede favorecer su desarrollo el desórden nervioso que dificulta la respiracion; pero ya se conoce que es avanzar demasiado querer que resulte hasta cierto punto la tisis pulmonar del histerismo.

»Entre las complicaciones que se enlazan de una manera estrecha con esta afeccion, debemos colocar la melancolia, la hipocondria, la mania, las paralisis parciales ó generales, la monomania suicida, la ninfomania y la epilepsia. Estas diversas neurosis apenas llegan á manifestarse, sino á consecuencia de ataques violentos y prolongados. Se refiere un caso muy curioso de histerismo, en que los accesos iban acompañados de un sudor de sangre por las megillas y el epigastrio (*Arch. gén. de méd.*, p. 572, 1830).

»El histerismo acarrea frecuentemente afecciones viscerales, cuyo asiento y naturaleza son bastante diversos. La cloro-anemia que se observa en ciertas histéricas es una complicacacion, en cuyo desarrollo tiene tal vez alguna parte el histerismo. La amenorrea y la dismenorrea estan igualmente bajo la influencia inmediata de los desórdenes nerviosos; sin embargo, seria tal vez conveniente esperar nuevas observaciones para admitir definitivamente esta influencia. Puede suceder muy bien, que en algunas mujeres ocasione ataques de histerismo la supresion de la regla, y propenda luego á reproducirlos, hasta que se combata por los medios convenientes. Otras afecciones viscerales, como las enfermedades del corazon, del estómago, del útero y de sus dependencias, reconocen por causa predisponente al histerismo. Compréndese, en efecto, que la modificacion profunda que imprime necesariamente en todos los órganos la perversion del sistema nervioso, debe producir al fin desórdenes que, siendo al principio funcionales, se convierten mas tarde en lesiones orgánicas. Bajo esta influencia varia la coordinacion molecular de los tejidos; se altera su nutricion parcial, y entonces se ve una lesion orgánica donde por mucho tiempo no se habian observado mas que fenómenos dinámicos. Ya veremos al tratar de la hipocondria, que esta neurosis termina tambien en alteraciones orgánicas.

»Diagnóstico. — Las enfermedades con que mas fácilmente se confunde el histerismo son la *epilepsia* y la *hipocondria*. Ya hemos establecido detenidamente el diagnóstico diferencial del histerismo y de la epilepsia (v. esta última enfermedad), al que remitimos al lector para evitar repeticiones; pues allí quedan aclaradas las principales diferencias que pueden conducir al diagnóstico, y reasumidos los signos capaces de darnos á conocer el histerismo. Aparece este en la pubertad y despues de ella; va precedido de signos precursores y de la sensacion de un globo, de constriccion en la garganta; sus convulsiones son espansivas, mas bien clónicas que tetánicas, igualmente marcadas en el lado izquierdo que en el derecho; no es tan profunda la pérdida de las sensaciones; la cara está menos alterada, y la boca no tan cubierta de espuma; el abdomen se halla distendido por gases; hay borborigmos; los enfermos no caen en el coma; existe mas bien escitacion que abatimiento despues del acceso, y menos atontamiento que en la epilepsia. Añadiremos asimismo con Beau, que casi todos los ataques epilépticos invaden súbitamente ó con prodromos muy *próximos*; que las mas veces son simples; que sobrevienen casi lo mismo de dia que de noche; que son muchas veces congénitos y aparecen en la primera infancia (v. art. Epilepsia). Ya se deja inferir, que para establecer un diagnóstico preciso es necesario estudiar, no solo los síntomas en particular, sino tambien el curso del mal; y aun asi hemos dicho que no se encuentran diferencias sensibles en la forma que se ha llamado *histero-epilepsia*. Siendo poco grave el pronóstico del histerismo, y la epilepsia por el contrario una afeccion incurable y mas ó menos prontamente mortal, concíbese que debe ser importante decidir si un ataque corresponde á una ú otra de estas dos enfermedades; pues la respuesta del médico influye muchas veces en los mas caros intereses de toda una familia.

»*Hipocondria.*—J. Frank y Dubois describen cuidadosamente los caractéres que la distinguen del histerismo (*Praxeos medic. univ. præcep.*, trad. en la *Encicl. des sc. méd.*, t. III, p. 437; *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'histerie*, p. 290, en 8.°, Paris, 1838). Este es casi esclusivo del sexo femenino, y ataca durante el período sexual; la hipocondria es comun á ambos sexos, y aparece especialmente de los treinta á los cincuenta años; la invasion del histerismo es súbita, y se verifica por ataques generalmente cortos, en cuyos intervalos desaparecen los síntomas casi del todo, y la hipocondria es una neurosis continua, que se manifiesta con lentitud, nunca por accesos, habiendo solo remision poco marcada de los síntomas que persisten en todo tiempo. Los signos del histerismo consisten sobre todo en convulsiones y varios desórdenes de sensacion; en la hipocondria es muy raro que existan movimientos convulsivos, ó son tan ligeros que no pueden de ningun modo compararse con los del histerismo. La constriccion faringea y la sensacion del globo histérico, solo pertenecen á esta neuro-

sis; y si hay alguna sensacion análoga de opresion en los hipocondriacos que han hecho estudios sobre este punto, es un fenómeno nervioso imaginario, y no real como sucede en el histerismo. Este empieza por sensaciones variadas, cuyo asiento se halla en el bajo vientre, lo cual no se observa en los hipocondriacos, los cuales estan siempre hablando de sus padecimientos, los exageran, inventan otros, se ocupan sin cesar de su salud y de los medios de curarse, buscando remedios y médicos. La histérica sufre mucho, y solo se queja de males positivos. El hipocondriaco es egoista, y sus ideas convergen hácia el instinto de su conservacion, que no se halla, sin embargo, de modo alguno amenazada. En aquella hay melancolia, una viva escitacion nerviosa, una inclinacion notable á las emociones agradables, que le prepara nuevas penas. La muerte es la continua pesadilla de los hipocondriacos, y casi la desean gran número de mujeres histéricas. Las consecuencias de una y otra afeccion son muy diferentes: en los hipocondriacos sobrevienen varios desórdenes en las vísceras del pecho y del bajo vientre, que son mucho mas raros en el histerismo. La primera afeccion llega muy dificilmente á curarse; la segunda nada tiene de grave cuando no es muy antigua, y cesa terminando en una salud casi nunca completa, pues generalmente persiste un estado de neurestenia general. El tratamiento puede tambien servir para distinguirlas; el histerismo cede á los medicamentos que ejercen en el sistema nervioso una accion especial, mientras que siendo la hipocondria una enfermedad de la inteligencia, solo puede curarse con un tratamiento moral. Añadiremos para terminar, que las histéricas no toman sino muy dificilmente y con irregularidad los medicamentos que se les prescriben, mientras que el hipocondriaco es esclavo de las prescripciones de su médico.

»Se ha tomado algunas veces el primer ataque de histerismo por una afeccion aguda del cerebro, como una encefalitis ó un reblandecimiento, por ejemplo. Sin embargo, las convulsiones, que tienen el carácter clónico en ambos casos, no son casi nunca tan generales como en el histerismo. Por otra parte, aun suponiendo que no suministren algun dato los síntomas precursores del ataque, fácilmente se reconocerá la naturaleza de este, esperando á que concluya, pues no puede ser largo en esta afeccion. Es mas dificil el diagnóstico cuando el ataque es epileptiforme; y ya hemos indicado los signos que sirven en este caso para distinguirlo (art. Epilepsia).

»Algunos autores han confundido la ninfomania con el histerismo, aunque no tienen entre sí mucha semejanza; pues en la primera no hay convulsiones, á no ser en el momento del orgasmo venéreo, cualquiera que sea su causa, y aun entonces no tienen analogia ninguna con las convulsiones histéricas.

»Entre los accidentes locales que provoca el histerismo, y que podrian simular otra cualquier enfermedad, citaremos la contractura espasmódica de los miembros. Georget dice haber visto una retraccion mediana del muslo, que fue tratada por uno de los mejores cirujanos de Paris como una lujacion espontánea del femur, aplicando doce moxas que no produjeron ningun alivio. Se verificó la curacion por la estension, y despues se reprodujo el mal, y fue combatido del mismo modo y con igual resultado. Hubo ocasion de abrir el cadáver de la enferma, y se encontró completamente sana la articulacion coxo-femoral. La contractura del esterno mastoideo, ó de los músculos del cuello, podria inducirnos á error; sucediendo lo mismo con las paralisis pasageras de todo un miembro, ó bien de los músculos de la laringe, de los párpados, etc. En los casos de esta especie es preciso tener en cuenta sobre todo los signos conmemorativos. El solo hecho del ataque histérico es bastante para ilustrar el diagnóstico, ó al menos para ponernos sobre aviso.

»En la catalepsia es tónico el espasmo, de modo que no es posible confundirla con el histerismo. Estas dos neurosis estan á veces reunidas, y algunas enfermas se afectan de catalepsia al concluirse el ataque.

»El histerismo puede simularse, especialmente en su forma mas ligera. Todos los dias se observan mujeres, que se quejan de opresion en el pecho, de sofocacion, de hinchazon de vientre y quebrantamiento de los miembros. Estos ligeros accesos *vaporosos* ó de histerismo pueden imitarse fácilmente, sin que haya datos capaces de ilustrar al médico sobre su verdadera naturaleza, á no ser el conocimiento mas ó menos perfecto de los motivos que tienen las mujeres para simularlos. Los ataques de histerismo pueden imitarse con mas facilidad aun que los de la epilepsia. En este caso las enfermas, á pesar de la violencia aparente y el desórden de los movimientos convulsivos, cuidan mucho de no maltratarse, como sucede en los verdaderos accesos histéricos; la tumefaccion gaseosa de los intestinos y la tension del epigastrio no podrian tampoco simularse. Hoffmann procura tambien diferenciar el histerismo del síncope y de la hemorragia (loc. cit., p. 52); pero creemos inútil insistir sobre este punto.

»Pronóstico. — El histerismo, dice Hoffmann, aunque terrible en apariencia, no ofrece ningun peligro, con tal que se le trate á tiempo por un régimen conveniente, y no sea demasiado débil ó delicada la constitucion de la enferma (loc. cit., p. 55). Esta proposicion, aunque exacta, necesita alguna esplicacion. El histerismo reciente no es una enfermedad grave, aunque sin embargo ocasiona varios padecimientos, que hacen mas penosa la existencia de las enfermas. Para establecer un pronóstico preciso, es necesario examinar si los paroxismos son violentos, si se repiten con frecuencia y dejan en pos de sí desórdenes en los órganos de las sensaciones y del movimiento. En este

caso la enfermedad es grave, y lo es igualmente tambien cuando persisten las causas que la han provocado, y con especialidad cuando hay alguna complicacion. La naturaleza y el asiento de estas complicaciones pueden aclarar mucho el pronóstico: la epilepsia hace casi siempre mortal la afeccion histérica: tambien se aumenta su gravedad cuando ha sido ineficaz su tratamiento.

»Causas.—Hoffmann admite causas próximas y causas materiales: las primeras se refieren á la naturaleza del histerismo, y las segundas son las únicas de que debemos ocuparnos, pues pertenecen en realidad á la etiologia (loc. cit., p. 52). Louyer-Villermay examina sucesivamente las causas físicas y las morales; pero nosotros seguiremos nuestro órden habitual, teniendo buen cuidado de indicar el modo como obra cada uno de los modificadores.

»El histerismo es propio de la mujer, y aunque se ha dicho lo contrario, es porque se han confundido con él otros fenómenos nerviosos algo semejantes. No basta que un individuo esperimente esos desórdenes nerviosos que se han llamado *vapores*, para creerlo afectado de histerismo, pues es preciso que presente el conjunto de síntomas característicos que dejamos establecido. Georget dice, que esta enfermedad es *casi* esclusiva del sexo femenino, pero que tambien se la encuentra en el hombre (ob. cit., p. 162). Calificando este autor el mal de una neurosis del cerebro, le importaba no hacer esta concesion á la opinion general, que quiere que el histerismo pertenezca esclusivamente á la mujer. Trotter dice haber visto algunos marineros que padecian ataques, caracterizados, por la sensacion del globo histérico, las risas, los lloros sin motivo, y por las convulsiones, etc. (en Copland, loc. cit., p. 280). Serian necesarias observaciones mas precisas, para poner fuera de duda una opinion que cuenta hoy muy pocos partidarios. Conolly y Watson admiten el histerismo en el hombre (Conolly, art. HYSTERIA, *The cyclopedia of practical medicine*, p. 557, t. II).

»No se hacen histéricas las mujeres hasta que se desarrolla el sistema genital, y goza de la plenitud de sus funciones; siendo únicamente desde que se establece la primera menstruacion hasta la edad crítica, cuando se observa el histerismo. A veces se presentan convulsiones histéricas despues de la edad crítica en mujeres afectadas de cáncer; pero entonces el histerismo, ó mas bien los fenómenos nerviosos histeriformes, dependen de la lesion orgánica del útero. Georget presenta en un estado la edad de veintidos enfermas; pero es demasiado corto este número para estudiar la influencia de las edades. Las solteronas que conservan rigurosamente su virginidad, se hallan aun mas espuestas que las demas á padecer el histerismo, no tanto á causa de su continencia forzada, como por los disgustos de toda especie que les causa la posicion escepcional que tienen en la sociedad. La pubertad es la época en que con mas frecuencia se presenta el histerismo, á causa de la escitacion de los órganos genitales y de la actividad de que empiezan á gozar: tambien suele manifestarse en la edad crítica (Louyer-Villermay, p. 42). Los antiguos, y entre otros Galeno, dicen que el histerismo puede atacar á las mujeres que han dejado de menstruar y de ser aptas para la concepcion y para los placeres venéreos. «Consentiunt præcipue, viduis quæ »utero purgari, parere, concubituque gaudere »desierunt, hystericam passionem evenire tes»tatur» (apud Hoffmann, loc. cit.). Pero es casi seguro que los antiguos confundian en tales casos con el histerismo alguna otra afeccion nerviosa.

»Al tratar de la hipocondria veremos que autores recomendables han sostenido, que el sexo hace de una misma afeccion un histerismo ó una hipocondria: «Si forsan admittere»tur quædam differentia, ea solummodo sexum »respicit, adeo ut passio hipochondriaca ad »nobiliorem, hysterica ad molliorem restrin»gatur.» Pero tambien demostraremos que semejante idea carece de fundamento, y que estas dos afecciones son completamente distintas.

»Segun Georget «la mayor parte de las enfermas tienen parientes epilépticos, histéricos, enagenados, sordos, ciegos é hipocondriacos; y han presentado desde su mas tierna edad disposicion á las afecciones convulsivas, un carácter melancólico, colérico, arrebatado, susceptible é impaciente; y algunas han padecido ataques catalépticos, jaquecas, constriccion de garganta y sofocaciones.» Esto es cuanto podemos decir respecto de la predisposicion congénita, y de la trasmision por herencia.

»La constitucion y el temperamento ejercen tambien una influencia considerable, que ha sido perfectamente apreciada por Galeno, Foresto y Hoffmann. Es de notar, dice este último médico, que no todas las edades ni temperamentos se hallan igualmente dispuestos á contraer el histerismo. Entre las mujeres que estan mas espuestas á él, se encuentran las de una constitucion sensible y delicada, que aun no tienen la menstruacion; las doncellas nubiles ó las todavia impúberes; las casadas que son pletóricas y de un temperamento en que abunda el tejido celular; las que no han tenido hijos y pasan una vida sedentaria, y las delicadas é impresionables. Segun Forestus, las mujeres de constitucion varonil (*mulieres virosæ*), que se han privado mucho tiempo de los placeres del amor, las doncellas, las que desean ardientemente el coito, las que observan un régimen suculento y usan escitantes de toda especie, contraen el histerismo mas fácilmente que las demas. Areteo dice, que la constitucion que predispone mas á padecerlo, es la de aquellas jóvenes que tienen un sistema nervioso muy sensible, poco resistente, y que son propensas á las afecciones del alma. Presenta

en oposicion con estas las mujeres ordinarias, robustas, dotadas de mucha fuerza de alma y entregadas á trabajos contínuos, á las que considera muy poco susceptibles de afectarse. Hoffmann considera tambien como una predisposicion el temperamento bilioso y sanguíneo, y lo mismo opina sin duda alguna Villermay, al colocar el predominio del sistema hepático entre las predisposiciones de la afeccion histérica. Esta influencia de los temperamentos es por lo menos dudosa en ciertos casos; pues se observa el histerismo en aldeanas de temperamento sanguíneo, y de constitucion enteramente opuesta á la de las mujeres que habitan las grandes poblaciones.

»Esta enfermedad puede ser provocada por la vista de un ataque histérico, aunque esta causa no es tan comun como en la epilepsia; siendo preciso admitir en los casos de esta especie, que existia una predisposicion marcada, y que el presenciar los movimientos convulsivos es una simple causa determinante.

»El histerismo es mucho mas comun en los paises cálidos, pues la higiene ha demostrado la influencia que estos tienen en el desarrollo de la constitucion nerviosa. La hipocondria es por el contrario mas rara en estos climas. Las estaciones calientes obran tambien del mismo modo. Es preciso tener en cuenta, al apreciar la accion de los climas, las influencias complejas que tienen las costumbres, la religion y las formas de gobierno. «El histerismo, dice con razon Dubois, recibe una influencia menos marcada y directa de tal ó cual forma de gobierno, que la hipocondria; y por el contrario le favorece mucho el desórden doméstico; pues cuanto mayor sea este último, mayor será tambien el número de las mujeres histéricas» (ob. cit., p. 42, 43).

»Se desarrolla el histerismo con un régimen alimenticio habitualmente compuesto de sustancias tónicas y escitantes, de bebidas vinosas y alcohólicas, de café y té, de condimentos diversos, cuando al mismo tiempo se pasa una vida sedentaria y el ejercicio muscular no consume una parte de los alimentos que se han tomado; pues tales influencias obran entonces como causas predisponentes. Los alimentos reputados por afrodisiacos, y que la mayor parte consisten en sustancias estimulantes, producen á veces accesos histéricos en las mujeres ya predispuestas, y deben colocarse entre las causas determinantes. No se estrañe ver figurar sucesivamente unas mismas causas entre las llamadas *predisponentes* y las *determinantes*; pues la intensidad y el tiempo que dura la accion de los modificadores, bastan para darles una energia variable, y producir efectos igualmente diversos.

»Las afecciones morales son entre todas las causas, las que con mas frecuencia producen la enfermedad. De nueve casos referidos por Georget, y tomados de la obra de Louyer-Villermay, pareció causado el histerismo dos veces por el miedo, otras dos por la supresion de la regla, un número igual por el amor contrariado, una por afecciones vivas del alma, otra por un enfriamiento, y la restante por jugar al columpio. En los demas casos, que forman con los precedentes un total de veintidos, se ha notado que trece veces sucedió á sustos, habiendo entre ellos seis casos de supresion de las reglas; siete á disgustos violentos, en los que se suprimió una vez la menstruacion, y otra á una contrariedad viva. Debe considerarse como causa predisponente del histerismo todo cuanto pueda escitar vivamente el sistema nervioso, particularmente el de los órganos genitales. Entre las causas del primer órden, se encuentran las emociones morales prolongadas, la música, los espectáculos que despiertan sensaciones vivas, la tristeza, la lectura de novelas y de otros libros en donde aparecen con colores animados las sensaciones y las pasiones mas tiernas. Entre las que obran sobre la inervacion general, debemos referir las que impresionan los órganos de los sentidos, los olores penetrantes de las flores, del almizcle, del castóreo, las diversas esencias y olores fétidos, la vista de un objeto que se ama, ó se detesta, la sorpresa y el sobresalto que produce un ruido imprevisto.

»Ya hemos dicho que las causas que tienen mas influencia en el desarrollo del histerismo ó de sus ataques, son las modificaciones que sobrevienen en la inervacion genital. No todos los autores se hallan de acuerdo sobre este punto; pues mientras que unos creen con Sauvages, Louyer-Villermay, etc., que la escitacion venérea es útil para que desaparezca el mal, y que la continencia es su causa mas comun; otros por el contrario dicen, que dicha escitacion está ya muy desarrollada, y tiene demasiada tendencia á manifestarse, para que no se trate de moderarla por todos los medios posibles. Esta última opinion es la que á nuestro parecer puede admitirse; pues vemos en efecto, que se consideran como causas del histerismo todas las que obran primitiva ó simpáticamente sobre las funciones genitales, en cuyo caso se hallan la masturbacion, los escesos venéreos, las pinturas lascivas, el placer que esperimenta una mujer á la vista del hombre que ama, las miradas, el canto y la voz de un ser querido. «¿Quién ignora, dice Louyer-Villermay, las emociones que provoca el contacto de una mano, el arrobamiento que inspira muchas veces un beso dado con ternura?» Por un mecanismo análogo obran tambien las diversas circunstancias de la vida, los paseos públicos, los espectáculos, los bailes, los conciertos, las reuniones numerosas, la vista de objetos relativos al lujo y á las artes, que son otros tantos manantiales fecundos, de ilusiones, y tanto mas peligrosos cuanto mas seductores» (ob. cit., p. 45). Este cuadro exacto por demas presenta efectivamente las principales causas del histerismo, y no se comprende cómo des-

pues de esto Louyer-Villermay, y los que siguen su opinion, sostienen todavía que el estímulo de los órganos genitales es el mejor medio para curar el mal. Ya diremos luego los preceptos que de aquí deben deducirse para el tratamiento higiénico de esta afeccion.

»Han indicado tambien los autores otras causas, como son: las inclinaciones secretas; el deseo de un enlace roto ó imposible; el abandono despues de un amor vivo; las separaciones demasiado largas y frecuentes, y los pesares domésticos que hieren el corazon y el amor propio de una mujer sensible (Louyer-Villermay). Por último, los celos, los ultrajes hechos al pudor, una viudez prematura y la continencia, se consideran como causas que producen á menudo el histerismo. Los hechos invocados en favor de esta doctrina merecen ciertamente tomarse en consideracion. Es evidente para todo el que conoce las leyes de la fisiología, que una jóven robusta y de constitucion nerviosa, que emplea una parte de su tiempo cebándose en ideas y pinturas voluptuosas ó sentimentales, debe llevar al fin su inervacion genital á un grado estremado, que no podrá menos de tener por término una enfermedad, ó los placeres venéreos solitarios. La satisfaccion de los deseos puede ser en algunos casos favorable; pero las mas de las veces no hará mas que aumentar la intensidad del histerismo. Se encuentran entre las histéricas mujeres casadas y prostitutas, de donde se ha inferido que no es la continencia la que provoca la enfermedad, sino mas bien los goces repetidos con demasiada frecuencia; pero esta conclusion no es rigurosa, al menos respecto de las casadas, en las que no siempre son satisfechos los deseos venéreos. Obsérvase tambien el histerismo en las viudas y religiosas. Cuando en estas aparece espontáneamente, la continencia tiene sin duda cierta parte en su desarrollo; pero ademas intervienen tambien otras causas, tales como el ayuno, las oraciones, las meditaciones continuas sobre objetos tristes y severos, la ociosidad y las penas morales de toda especie anejas á la reclusion. Es evidente, segun lo que acabamos de decir, que las emociones morales vivas y tristes, así como las pasiones que escitan fuertemente el sistema nervioso, especialmente la inervacion genital, deben considerarse como la causa mas frecuente del histerismo.

»El desórden de las funciones del útero puede acarrear afecciones histéricas. «A este órden de causas, dice Louyer-Villermay, se refieren la tardanza, la supresion, la retencion, las anomalías y la cesacion espontánea ó accidental, tardía ó prematura de las reglas; las menorragias esténicas ó atónicas, el trastorno, la acritud y estremada abundancia de los flujos leucorréicos, las blenorragias venéreas ó de cualquier otra naturaleza, que pueden propagarse, aunque no es comun, á la vejiga y el útero, y acaso tambien la retencion del licor espermático, que es, al parecer, muy abundante en algunas mugeres» (loc. cit, p. 34). Tal es, en resúmen, la opinion de la mayor parte de los autores sobre los trastornos funcionales del útero, considerados como causa del histerismo. Pero cuando se examina atentamente el valor de los hechos en que se funda esta creencia, no pueden menos de quedar algunas dudas. Así es, que los desórdenes menstruales pueden ser muy bien causas determinantes de esta afeccion segun la opinion general; pero muchas veces dependen de un estado morboso de la matriz producido por el histerismo. Una supresion repentina de las reglas es una causa determinante, que supone ya una notable predisposicion. Los flujos sanguíneos y mucosos, ya blenorrágicos, ó ya de otra naturaleza, que tanto se supone influir en la produccion de esta enfermedad, son tambien rara vez causas determinantes; pues dependen por lo comun de una afeccion del útero que complica al histerismo. Lo que acabamos de decir se aplica tambien exactamente al flujo loquial. En cuanto á la retencion del licor espermático de que habla Louyer-Villermay, es uno de los errores que se ven con disgusto reproducidos en una obra tan moderna como la de este médico; pues semejante licor no es otra cosa que el moco segregado por la vagina. El embarazo muy rara vez provoca las convulsiones histéricas, las cuales entonces son por punto general una verdadera complicacion.

»*Causas de los accesos.*—Todo lo que impresiona viva y súbitamente el sistema nervioso, puede ocasionar los ataques histéricos. Las contrariedades, el miedo, el temor, los escesos venéreos, una noticia triste, un ruido inesperado, los olores fuertes, la esposicion á un calor intenso ó un frio fuerte, un alimento pesado ó desagradable, una indigestion, la fatiga de una vigilia ó de una larga carrera, etc., etc., son otras tantas causas capaces de producirlos. Pudiéramos volver á repetir uno por uno los agentes que hemos estudiado, pues todos ellos obran como causas ocasionales de los accesos.

»Tratamiento.— *Tratamiento higiénico del histerismo.*—Estriba completamente en el conocimiento profundo de las causas del mal. Todo el tratamiento preservativo se reasume en la siguiente frase: alejar las causas que puedan escitar la inervacion del cerebro y los deseos venéreos. Para esto conviene sustraer á la vista de las enfermas cuanto pueda obrar sobre sus sentidos; separarlas de los lugares donde estan espuestas á oir conversaciones galantes y á recibir los obsequios de los hombres que les agradan, evitar la música, los espectáculos y la lectura de libros que impresionen el alma. «Si las jóvenes leen novelas á los diez años, dice Tissot, padecerán de vapores á los veinte.» Es preciso recordar que las mujeres predispuestas al histerismo, ó que han padecido ya sus ataques, buscan continuamente las sensa-

ciones é ideas capaces de conservarles la disposicion que tienen á las delicias sensuales, que es uno de los caractéres de la enfermedad. Para prevenir el desarrollo de esta, guardémonos de dar á las jóvenes una educacion, que no solo concurra á sostener, sino que tambien desarrolle del modo mas cierto la disposicion moral que nos ocupa, impresionando demasiado su corazon y muy poco ó nada su inteligencia. Recuérdense sin cesar estas palabras de un escritor: que el grande asunto de las mujeres es el amar, y que se les enseña demasiado temprano á no saber otra cosa, exhortándolas á que solo estudien el arte de agradar; de donde infieren que deben correr en pos de todas las sensaciones que pueden aumentar la poderosa seduccion que ejercen sobre el hombre. Conviene no perder nunca de vista el objeto á que se halla destinado el bello sexo. Sin entrar aqui en una cuestion filosófica perteneciente á la educacion de las mujeres, y que solo podrán resolver con acierto los médicos y de ningun modo otros sugetos que desconozcan enteramente la constitucion física del hombre, solo diremos que si la educacion de la mujer debe acercarse á la del hombre, es sin duda en los casos en que la trasmision hereditaria ó la constitucion de los parientes ó de la jóven, hacen temer el desarrollo del histerismo. En circunstancias de esta especie conviene prescribir la equitacion, la gimnasia, los paseos repetidos, los baños frios y el estudio de las ciencias naturales, de las matemáticas, de las lenguas vivas ó muertas, etc. Georget establece perfectamente las reglas que deben servir al médico de guia. «Prescribir ejercicios musculares diarios, y llevados muchas veces hasta la fatiga, trabajos mecánicos, el estudio de las ciencias naturales y las ocupaciones continuas de espíritu; evitar todo cuanto exalta la imaginacion, escita las pasiones y llena la cabeza de ilusiones y quimeras; no permitir que se acueste la jóven sino cuando el sueño es inminente; procurar que se levante al momento de despertarse, para impedir los desvaríos peligrosos de la imaginacion, y evitar el onanismo; aconsejar el uso habitual de alimentos no estimulantes y del agua casi pura, la abstinencia de bebidas escitantes, tales como el café, el té y los licores espirituosos, y ordenar los baños ligeramente tibios en invierno, y frios en verano: tales son los medios mas eficaces en los casos de esta especie» (art. cit., p. 482).

»La retencion del semen se consideraba por Galeno como la causa principal del histerismo; opinion que, adoptada por la mayor parte de los autores que han escrito sobre esta enfermedad, les indujo á prescribir los placeres del amor. Ya hemos dicho la práctica que se habia propuesto para terminar los accesos histéricos, y hemos rebatido la opinion de los que sostienen que el coito es el mejor remedio contra esta enfermedad: añadiremos ahora, que hasta seria peligroso llegase á oidos de las enfermas semejante opinion. Nada debe omitirse para calmar el estado neurosténico general y la escitacion de los órganos genitales. Para esto conviene redoblar los cuidados; prescribir baños de agua fria ó templada, repetidos con frecuencia, prolongándolos por muchas horas, y añadiendoles la administracion de lavativas frias, é insistir en fin en los preceptos higiénicos que dejamos trazados. Todos los dias estamos oyendo á los médicos recomendar el casamiento á los padres de las jóvenes histéricas, consejo que data ya desde una época muy remota. Galeno, que atribuia el mal á la retencion del semen y de los menstruos, «ob retenta menstrua vel potius semen cohibitum» añade «perinde ipsum excerni oportet, præsertim si naturaliter multo semine exuberat mulier.» No debe el profesor hablar de matrimonio sino con mucha reserva, y cuando tenga certidumbre de que un amor contrariado y una fuerte inclinacion son las causas del histerismo; pues ya se deja conocer, que en semejantes circunstancias debe el casamiento producir la curacion, haciendo cesar la viva emocion moral de que se hallaba afectada la enferma, y satisfaciendo los deseos suscitados por la pasion.

»El régimen alimenticio de las histéricas ha ocupado á gran número de médicos. En general prescriben una alimentacion suave y de fácil digestion, compuesta de leches, legumbres y carnes blancas. Pomme es el que mas insiste en esta especie de sustancias, que son útiles en efecto en la mayoría de los casos, pero que no pueden convenir cuando existe una gastralgia, lo que no es del todo raro. Añadiremos tambien, que la mayor parte de las mujeres tienen mucha disposicion á comer poco, prefiriendo especialmente la leche y las sustancias vegetales, que no pueden nutrirlas suficientemente, y cayendo asi en una debilidad, que aumenta la neurostenia é impide la accion favorable del tratamiento farmacéutico. Conviene, pues, que el médico procure no se cometan estos errores del régimen, y sobre todo, que no consienta la abstinencia, á menos que haya indicaciones especiales.

»*Tratamiento de los accesos.*—Cuando las enfermas no presentan todavía mas que los fenómenos precursores del ataque, como la tristeza, la cefalalgia, la inquietud, los dolores vagos en los miembros, la disnea, las palpitaciones, los lloros y la agitacion, aun puede el médico, si ha llegado á tiempo, prevenir el acceso removiendo sus causas y procurando distraer á las pacientes con algun entretenimiento agradable, ó por medio del ejercicio. Pero si existen ya dolores en los miembros, y se teme la invasion del acceso, es preciso no esponer á la histérica á que sea atacada fuera del lugar que habita. Algunos médicos aconsejan los revulsivos á las estremidades inferiores; pero el dolor que escitan favorece mas bien que retarda la invasion del acceso. Se han indicado gran número de medios terapéuticos

para hacer abortar el mal. Los antiguos estaban convencidos de que convenia abreviar su duracion por todos los remedios posibles, para lo cual han propuesto una multitud de medicamentos y de prácticas diversas. Actio quiere que se aproximen á las narices sustancias fétidas, tales como el gálbano, á fin de que la matriz se aleje de los olores que le son desagradables; y otros muchos autores, sin admitir la teoría de las dislocaciones del útero, aconsejan que se haga á las enfermas respirar olores penetrantes y fétidos. Los que suelen emplearse con mas frecuencia son el almizcle, el éter, el amoniaco y sus sales, el agua de Colonia, de melisa, el humo de las plumas y el de asta de ciervo y cerda quemadas. Antiguamente se colocaba en el orificio vulvar, ó aun en la vagina, varios linimentos, olores suaves y sustancias que se suponia eran agradables al útero. Nosotros creemos, que si los remedios empleados en fricciones é inyecciones en la vagina han terminado algunas veces, al parecer, los ataques, no ha sido en virtud de sus propiedades químicas, sino mas bien por la causa que indica Galeno: «quibus adhibitis, partim ob ipsorum calorem, partim etiam, quod inter curandum manibus tractarentur partes muliebres, oborta titillatione cum labore et voluptate veluti per coitum, excrevit crassum plurimumque semen atque ita à molestia liberata est mulier» (*De loc. affect.*, lib. VI, cap. 5, p. 420, t. VIII, ed. de Kuhn, en 8.º, Lip. 1824.) Foresto hizo terminar un paroxismo friccionando la vulva con el aceite de lirio, de almizcle y de azafran. Galeno y Avicena aconsejaban la titilacion del cuello del útero y aun del clítoris; pero es inútil decir que semejantes maniobras deben proscribirse por todos motivos. Senerto las desechaba, menos tal vez por estar convencido de su inutilidad, que porque eran contrarias á la moral: «Frictio ista à christiano medico suadenda non videtur.» En estos últimos tiempos se ha querido poner en uso el amasamiento para curar las afecciones espasmódicas del cuello de la vejiga. Los polvos estornutatorios, las embrocaciones aromáticas y narcóticas sobre el hipogastrio, ó en la region del estómago, no tienen tampoco mas eficacia que los demas remedios. Tambien se ha propuesto aplicar en el epigastrio compresas empapadas en oxicrato (Riverio), hacer inyecciones de láudano en la vagina (Bichat), y propinar lavativas de asafétida y de agua de nieve. Ya hemos dicho que hasta se ha llegado á emplear maniobras vergonzosas, para escitar el flujo del moco vaginal y las sensaciones propias para terminar el acceso. El mejor medio es la aplicacion de agua fria ó de hielo machacado á la cabeza; lavar frecuentemente la cara con agua fria ligeramente avinagrada, y cubrir las estremidades inferiores, que suelen estar muy frias, con paños calientes ú otros cuerpos capaces de llamar el calor. Cuando los accesos son intensos y muy largos, la disnea estremada y la respiracion cada vez mas dificil, no debe temerse hacer una sangria. Georget quiere que se la practique en el cuello, y dice que produce á veces efectos instantáneos. En los casos de esta especie es cuando las aspersiones de agua fria en la cara pueden ser de mas utilidad, irritando tambien al mismo tiempo la piel de los miembros con fricciones estimulantes y sinapismos; aunque en algunas enfermas el dolor que provocan estos agentes terapéuticos sirve solo para reproducir los accesos, ó para hacerlos mas intensos. No se crea, con la mayor parte de los autores antiguos, que la indicacion primera y principal que debe satisfacerse es la de volver á las histéricas el uso de la razon, para lo cual presentaban un número considerable de remedios, siendo especialmente los árabes los que ofrecen mas deplorables ejemplos de este género. La conducta mas prudente, la que adoptan la mayor parte de los médicos, consiste en prevenir las congestiones demasiado fuertes que pueden formarse en los principales órganos, á beneficio de los medios comunes. Si los ataques histéricos adquieren la forma sincopal, y la respiracion y circulacion se debilitan hasta el punto de hacernos temer una muerte próxima, puede recurrirse á los estimulantes de que hemos hablado, haciendo inspirar algunos vapores aromáticos y penetrantes, é irritando fuertemente la piel de los miembros por los diversos medios conocidos. Las afusiones frias se hallan tambien indicadas á nuestro parecer en este caso, como susceptibles que son de modificar saludablemente la inervacion, próxima á apagarse. Las hemos visto producir muy buenos efectos en una jóven, cuyos accesos prolongados inspiraban mucha inquietud. Las lavativas frias, ó cargadas de principios estimulantes ó difusivos que contengan sustancias *antiespasmódicas*, son tambien muy útiles en los accesos histéricos intensos.

»Los movimientos convulsivos de que se halla agitado todo el cuerpo durante los ataques, exigen tambien ciertas precauciones. Se empieza por quitar ó aflojar los vestidos de las enfermas, y se las acuesta en una cama ó en un colchon estendido en el suelo. Esta última posicion es la mejor que se les puede dar, cuando no hay un número de personas suficiente para sujetarlas. Acostada ya la histérica, nos debemos limitar á seguir sus movimientos. «Deberá una persona apoyar su mano en el hombro, y coger con la otra la muñeca, haciendo lo mismo otro sugeto en el lado opuesto, y otros dos contendrán la pelvis y los muslos, tirando por ambos lados de las ropas que cubren estas partes. Si la enferma es fuerte, son precisas todavia una ó dos personas mas para sujetar las piernas, y otra para la cabeza. Para que los movimientos se hagan con la mayor facilidad posible, se deja en libertad los miembros y se les sigue, teniéndolos cogidos, é impidiendo solamente que las manos tiren de

los cabellos, se introduzcan en la boca ó cojan cualquier otra parte» (Georget., art. cit., página 183). Cuando no puede encontrarse un número suficiente de personas para sujetar á la enferma, debe recurrirse á la camisola de fuerza que se emplea en los hospitales consagrados al tratamiento del histerismo. No se olvidará recomendar el silencio alrededor de las enfermas, y que no se pronuncie ninguna palabra que pueda ofenderlas ó darles algun sentimiento, pues muchas conservan todos sus sentidos.

»*Tratamiento farmacéutico.*—La parte mas esencial del tratamiento del histerismo la constituye el conjunto de reglas higiénicas que dejamos espuestas, pues confesamos de buen grado, que los recursos de la higiene, los medios morales y una educacion basada en los principios que hemos trazado, son muchas veces mas útiles que todos los medicamentos. Sin embargo, creemos que por sí solos serian insuficientes para obtener la curacion. Georget, que considera el histerismo como una neurosis cerebral, opina de otro modo; pero no pueden adoptar semejante opinion los que califican el mal de una neurosis de los órganos genitales.

»No hay ninguna indicacion especial que deba preceder á las demas; y así, una vez averiguado que el histerismo no se halla complicado con alguna afeccion visceral, se procurará combatirlo con los remedios que se hallan acreditados contra las afecciones nerviosas. Los anti-espasmódicos han ocupado en todos tiempos un lugar importante en el tratamiento del histerismo. Entre ellos citaremos el éter y su jarabe, el almizcle, el castóreo, la asafétida, el gálvano, el succino, su tintura y su jarabe, y la goma amoniaco. Hé aqui algunas de las fórmulas mas usadas: infusion de flores de tila, 5 onzas; jarabe de culantrillo, 2 onzas; agua de flores de naranjo, 3 dracmas; éter sulfúrico y vino de ópio compuesto, 16 gotas; alcohol de succino y de castóreo, 15 gotas. —Tintura de vulneraria y corteza de naranja, áá. 1/2 onza; castóreo, 2 dracmas; éter sulfúrico, 1/2 dracma: una cucharada de las de café durante los accesos.—Mirra y gálbano áá. dracma y media; castoreo, 12 granos; bálsamo del Perú, c. s. Háganse 12 píldoras, para tomar 3 todas las tardes (Sydenham). —Asafétida, 2 dracmas; castóreo y raiz de brionia, áá. una dracma; simiente de ruda, 20 granos; azafran, 1/2 dracma; láudano, 8 gotas. Se dará una dracma cada vez (Rivero).—Castóreo, una dracma; succino, 1/2 dracma; estracto de ruda, c. s. para 30 píldoras Se tomarán tres al dia. En los formularios se encontrará la composicion de gran número de píldoras, polvos y pociones *anti-histéricas*.

»Ademas de las sustancias que acabamos de enumerar, hay otras á quienes se atribuye alguna virtud en el tratamiento del histerismo: tales son las gomas, el sagapeno, el opopónaco, el bedelio, la mirra, que se usan poco en la actualidad; el azafran, la tila, la valeriana, la matricaria, la manzanilla, la menta, la melisa, cuyas infusiones entran en la composicion de la mayor parte de las pociones llamadas *anti-histéricas*; las hojas de naranjo, la corteja del fruto de este árbol, el agua de cerezas negras, que se ha reemplazado por el agua de laurel real, los bálsamos del Perú y de Tolú, el ácido nítrico alcoholizado, y el subcarbonato de amoniaco. El modo mas comun de introducir en la economía las sustancias fétidas ó muy odoríferas, es prescribiéndolas en lavativas: puede unirse el alcanfor á la asafétida, ó bien al láudano, ó á una infusion de manzanilla, de valeriana y de matricaria. Se ha alabado tambien el subnitrato de bismuto, el óxido de zinc, y el sulfato de cobre amoniacal.

»Los anti-espasmódicos no se usan ya con tanta frecuencia como antiguamente, porque se ha reconocido que estan lejos de ejercer siempre una accion saludable sobre el sistema nervioso. Causan muy á menudo una escitacion que aumenta los desórdenes nerviosos, siendo preciso entonces abandonarlos. El estómago no se acostumbra á ellos tampoco sino muy difícilmente, y casi siempre tenemos que suspender su administracion por intervalos, ó asociarles sustancias narcóticas. Hemos tenido ocasion de observar en gran número de enfermas los efectos de los anti-espasmódicos mas usados, y no hemos podido reconocer en ellos una eficacia evidente contra el histerismo; por lo cual no podemos menos de permanecer perplejos sobre este punto. En los casos en que los anti-espasmódicos han producido buenos efectos, se han administrado al mismo tiempo los narcóticos, los ferruginosos y los tónicos, lo que hace muy dudosa la eficacia de la medicacion anti-espasmódica. 'Sidenham acostumbraba á sangrar, purgar y prescribir en seguida los ferruginosos y los anti-histéricos.

»Despues de los medicamentos de que acabamos de hablar, los que gozan de mas voga son los narcóticos y los corroborantes. Ya hemos hablado del agua destilada de laurel real, que deberá darse á la dósis de 20 gotas á una dracma, para esplorar la susceptibilidad de la enferma. El estracto gomoso de ópio, el láudano de Sidenham, la triaca de Venecia, el beleño, la lechuga virosa y el cocimiento de cabezas de adormideras, se han combinado de diversos modos con las demas sustancias, principalmente con los anti-espasmódicos y con los tónicos, administrándolos en lavativa ó en pocion: convienen especialmente cuando se manifiestan dolores agudos en el abdomen, y son muy fuertes las convulsiones. Creemos que no hay mejor remedio contra el histerismo, que las preparaciones opiadas unidas á los tónicos, y especialmente á los ferruginosos. Mientras duran los ataques violentos marcados por convulsiones desordenadas, es útil prescribir al-

gunos narcóticos, ya en forma de lavativa, ó ya en una pocion que contenga ópio ó agua destilada de laurel real, administrada á dósis cortas. Sin duda que no conviene dar grandes cantidades; pero tambien creemos que se ha temido demasiado el uso de los narcóticos en el tratamiento del histerismo.

»Las sustancias que componen las medicaciones tónicas son, segun J. Frank, «las tinturas estomáquicas de Whytt y de Hoffmann (estracto de ajenjos, de cardo santo y de genciana, áá. una onza; cortezas de naranja amarilla y amarga, áá. 4 onzas: háganse digerir en vino de Hungria 2 libras; tintura de corteza de naranja rectificada, 2 onzas); el hierro y sus preparaciones, como el carbonato y la tintura marcial, la de Bestuchet (hidroclorato de hierro y ácido sulfúrico), la tintura de hierro acética etérea de Klaproth, el vino calibeado de Fuller, y sobre todo las aguas calibeadas» (*loc. cit.*, p. 447). Es visto, pues, que las preparaciones ferruginosas se han administrado en casi todas las formas. La preferida por Sydenham consistia en píldoras hechas con las limaduras de hierro y el estracto de ajenjos (16 granos de hierro por dia). Tambien elogiaba mucho la preparacion siguiente: conserva de ajenjo romano y corteza de naranja, áá. una onza; angélica confitada, nuez moscada y triaca de Andrómaca, áá. 1/2 dracma; genjibre confitado, 2 dracmas; jarabe de cortezas de naranja, c. s. Se toma dracma y media de este electuario, y se mezcla con 16 granos de limaduras de hierro, para hacer 20 bolos, que debe tomar el enfermo todos los dias (*loc. cit.*, p. 248). Citamos esta preparacion de Sydenham, porque reune, á nuestro parecer, todas las condiciones necesarias para los casos en que el histerismo esté complicado con clorosis, ó en que esta afeccion, aunque enteramente simple, se haya desarrollado en una mujer debilitada ó de constitucion nerviosa. Los ferruginosos, cualquiera que sea la preparacion que se les dé, deben administrarse á dósis altas, aumentándolas progresivamente con rapidez (20 granos á una dracma por dia, y mas). Las aguas minerales, tomadas en las fuentes en baño ó en bebida, gozan de grande eficacia, sea á causa de los cambios ventajosos que produce el viage, el ejercicio y la remocion de las influencias morales que han producido la enfermedad, ó bien por sus propiedades químicas. Las mas usadas son las ferruginosas y salinas. Son útiles por sus propiedades tónicas, y á veces disipan las gastralgias, que complican y sostienen el histerismo. Los baños de mar ó de rio gozan de una propiedad tónica, que ejerce en las histéricas el efecto mas saludable.

»Entre los demas medicamentos tónicos empleados contra esta enfermedad, debemos mencionar las flores y cortezas de granada machacadas, las rosas rojas, y especialmente la quina. Sydenham administraba el polvo de esta corteza por mañana y tarde á la dósis de 20 granos. Gardien quiere que se prescriba en un cocimiento fuerte á la dósis de dos tazas, á las que se añade una cucharadita de jarabe de éter (*Traité des acouchements*, t. I, en 8.°; París, 1824). El vino, las bebidas fermentadas y amargas, han sido igualmente recomendadas: el agua pura, que la mayor parte de las histéricas prefieren á las demas bebidas, de ningun modo les conviene.

»La medicacion francamente tónica produce las mas veces los mejores efectos; pues el predominio del sistema nervioso, y la activa inervacion que se observa en estas enfermas, no disminuyen, ni menos cesan enteramente, hasta que se han fortificado los diferentes sistemas. El estado de neurostenia general resulta muy á menudo de la debilidad relativa de las demas funciones, y es importante restablecer el equilibrio con un tratamiento apropiado; cuyo efecto se obtiene mas bien por medios higiénicos que por los tónicos. Por otra parte, el mayor número de las enfermas no quieren tomar los medicamentos que se les prescriben, y su movilidad de espíritu se opone á que obren los remedios farmacéuticos tan bien como los higiénicos. Los narcóticos, prudentemente combinados con la medicacion tónica, son pues, á nuestro parecer, los que constituyen el mejor tratamiento.

»Pomme sustituyó á las medicaciones que habian sido propuestas antes de él, un tratamiento muy sencillo, que fue aprobado por gran número de médicos. En vez de emplear los remedios llamados *anti-espasmódicos*, que no hacian muchas veces mas que escitar á las enfermas, preconizó los diluentes, el suero clarificado, el agua de pollo, el caldo de ternera y de ranas, la leche, las aguas minerales acídulas, las tisanas hechas con los frutos azucarados y mucilaginosos, los fomentos emolientes, las lavativas refrigerantes, los baños templados y frios, y un régimen alimenticio compuesto de carnes frescas, poco fibrinosas, de féculas, etc. (Pomme, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*; Lyon, en 12.°, 1763). Este tratamiento produce escelentes efectos, cuando las enfermas se hallan en un estado neurosténico general, ó cuando su constitucion nerviosa está muy escitada por un mal régimen ó por la intervencion continua de las numerosas causas estimulantes que hemos examinado. Tambien debe prescribirse, cuando las enfermas se han sometido á la medicacion anti-espasmódica y escitante sin obtener ninguna ventaja, ó con agravacion de todos los síntomas. Concíbese muy bien, que un régimen atemperante debe ser el mejor anti-espasmódico para las mujeres histéricas, que por su género de vida han caido en un eretismo nervioso, y esta es probablemente la causa de que Pomme, que se ocupaba especialmente de estas enfermas, que eran muy comunes á fines del último siglo, obtuviese tan á menudo resultados favorables

y de que su método de tratamiento fuese adoptado por gran número de médicos. Conviene igualmente á las mujeres histéricas que abundan en las grandes poblaciones, pues el abuso de los escitantes de toda especie, y la estimulacion continua de sus sentidos, exigen los sedantes y el reposo.

»Rara vez se encuentran enfermas en quienes sea precisa la sangria, medio que apenas está indicado, á no ser cuando la supresion de las reglas produce un estado de plétora pasagera, y en su consecuencia ataques histéricos, ó bien en las mujeres que comen mucho, viven en la ociosidad, y en aquellas que son naturalmente pletóricas, estan sujetas á congestiones en diferentes órganos ó cuya menstruacion es irregular ó demasiado escasa. Puede tambien ser útil la sangria hácia la edad crítica, cuando se quiere disipar las congestiones que se verifican en esta época, ó prevenirlas, ó por último, cuando existen menorragias frecuentes. Es raro que la sangria pueda considerarse como un verdadero anti-espasmódico, aunque Sydenham hace de ella uno de los principales agentes de su medicacion. Este médico empezaba por sangrar á la enferma del brazo, la purgaba despues por espacio de tres ó cuatro dias, y le administraba al fin los marciales; advirtiendo que no siempre han de preceder al uso de los ferruginosos la sangria y los purgantes, y que no deben estos emplearse en las personas débiles y aniquiladas por la antigüedad del mal (loc. cit., §. 762, 763). Nosotros diremos mas, repitiendo con la mayor parte de los médicos de nuestra época, que la sangria no puede menos de tener graves inconvenientes en la mayoria de los casos. Conviene mucho no dejarse engañar por una plétora falsa, que da á los tejidos una apariencia de fuerza que no existe en realidad. Higmoro sostiene, como Sydenham, la eficacia de las emisiones sanguíneas. Pero Willis combate victoriosamente las ideas de estos autores, y prueba que la sangria es perjudicial, tanto en el curso de la afeccion, como durante los ataques.

»Las aplicaciones de sanguijuelas á los órganos genitales, á la vulva, á los muslos, á las íngles ó al ano, convienen para favorecer ó restablecer la menstruacion, siendo á veces útil emplearlas, cuando los ataques parecen producidos ó exasperados por la demora que ha sufrido la erupcion de las reglas. No debe olvidar el médico antes de recurrir á esta medicacion, que la amenorrea procede muchas veces de la clorosis ó de la neurostenia general, y que en uno y otro caso es preciso combatir estos estados morbosos, si se quiere traer la menstruacion á su primera regularidad.

»Los baños de agua templada corresponden tambien á la medicacion atemperante, y son útiles en el mayor número de casos para calmar la escitacion nerviosa. Para que produzcan algun alivio, es preciso que la temperatura del agua no sea tan elevada como la del cuerpo (37° cent.), y que duren por espacio de una ó dos horas. Cuando salen del baño las enfermas, se las enjuga con paños muy calientes, y se favorece por medio de vestidos apropiados una reaccion moderada. Los baños tibios son útiles especialmente á las mujeres secas é irritables.

»Galeno, Avicena, Senerto y otros autores, sostienen que es necesario evacuar los humores, vapores, y demas líquidos de la economia, mas ó menos corrompidos por la retencion del esperma y de las reglas. Como se ha renunciado enteramente y con razon al uso de los evacuantes en el tratamiento del histerismo, nada tenemos que decir sobre ellos.

»Louyer-Villermay aconseja en los casos de peligro inminente, y cuando se teme una congestion del cerebro, aplicar á los muslos ó á las piernas los irritantes mas activos, linimentos escitantes, sinapismos, vejigatorios, ventosas y aun á veces un moxa á la nuca. Las sangrias derivativas, las tisanas laxantes y las lavativas purgantes le parecen igualmente indicadas en las circunstancias de este género (loc. cit., p. 189). Nosotros creemos que la revulsion puede ser tambien útil en los ataques fuertes de histerismo, y cuando se hallan entorpecidas la respiracion y la circulacion. Las lavativas con una alta dosis de asafétida (1/2 onza), y de tintura de castoreo (1 dracma), las de agua fria, y las fricciones en las estremidades inferiores, son medios que concurren á disipar los paroxismos: los opiados en este caso serian perjudiciales.

»Se han empleado gran número de medicamentos en fricciones ó en forma de emplasto. Sydenham quiere que se frote el vientre, los hipocondrios y las axilas, mañana y tarde por espacio de treinta ó cuarenta dias, con un ungüento que se compone macerando en manteca de puerco sin sal, una multitud de plantas aromáticas y amargas, tales como los agenjos, la centáura menor, el marrubio blanco, los camedrios, los camepitios, el escordio, la calaminta comun, etc. (loc. cit., §. 766). Los emplastos usados de mas antiguo se hacian con las gomo-resinas, asafétida, sagapeno, bedelio y opopónaco, aplicándolos sobre el ombligo y bajo vientre. Hacíase tambien entrar en su composicion el aceite de beleño, el bálsamo del Perú, el espliego, la ruda, la mejorana, y á veces el láudano. Tambien se inyectaban en la vagina preparaciones anodinas hechas con láudano, como aconsejaba Bichat, ó bien se hacian penetrar en ella los vapores de sustancias muy olorosas, como el almizcle, el benjui y el estoraque. Pueden hacerse con ventaja en el vientre, y sobre todo en el epigastrio, fricciones con láudano puro ó con un aceite muy cargado de este narcótico: sin embargo, es á veces tan considerable la sensibilidad de estas partes, que las menores fricciones aumentan los movimientos convulsivos, siendo entonces mejor aplicar un emplasto pre-

parado con sustancias narcóticas y balsámicas. Pero estos agentes terapéuticos gozan de una eficacia muy dudosa. Si se quisiera introducir rápidamente en la economía algun medicamento, y no pudiera conseguirse durante el paroxismo á causa de la contraccion de los maseteros y de la disfagia, deberia recurrirse á las lavativas; cuyo medio es el mas seguro y rápido para que lleguen al torrente circulatorio los medicamentos destinados á moderar los accesos, ó á terminarlos cuando han durado demasiado tiempo.

»*Tratamiento de las complicaciones.*—Entre las complicaciones que deben modificar la terapéutica, citaremos primero la epilepsia. Es preciso combatir la histero-epilepsia con el tratamiento propio de estas dos afecciones; empleando á la vez los anti-espasmódicos, la sangria, los revulsivos cutáneos, el moxa y el sedal. Conviene no olvidar, que el tratamiento del histerismo exige el uso de las medicaciones ordinarias; solo que deben emplearse con tanto mayor actividad, cuanto que si se puede esperar algun alivio en la epilepsia, es por los agentes terapéuticos que se dirigen contra el histerismo (véase *Tratamiento de la epilepsia*). Cuando no ha podido curarse de este modo la enfermedad compleja, deberá combatirse la mas grave, es decir la epilepsia, aplicando sanguijuelas alrededor de la cabeza, ventosas, vejigatorios, moxas, ó bien un sedal. Despues de obtenida la curacion, deberán evitarse por mucho tiempo las relaciones sexuales recomendadas por Louyer-Villermay (loc. cit., p. 203).

»La clorosis es una complicacion que obliga á modificar el tratamiento. Conviene elegir de preferencia en este caso, para combatir el histerismo, el régimen tónico y fortificante, y los ferruginosos asociados á los antiespasmódicos, como la valeriana, la canela, la asafétida y el almizcle. Al mismo tiempo se prescribe el vino quinado, las aguas minerales alcalinas y ferruginosas, los vinos de Málaga, de Madera y Burdeos, los baños de mar y de rio, la equitacion, las fricciones estimulantes en la columna vertebral y en los miembros con las tinturas aromáticas de canela, limon, quina, agua de Colonia, etc., etc.

»Coexista ó no la clorosis con la amenorrea, importa mucho modificar el estado general y restituir á la sangre su composicion fisiológica, antes de intentar el restablecimiento de los menstruos. Con este tratamiento continuado por algun tiempo, se consigue que disminuyan ó cesen los ataques histéricos. Tambien es útil algunas veces asociar á los marciales y anti-espasmódicos las preparaciones opiadas ó ligeramente sedantes (agua de laurel real, tridáceo, lechuga, etc.).

»En el histerismo complicado con hipocondría, debe preferirse el tratamiento moral é higiénico á todos los demas remedios. Los viages, el ejercicio, los baños de mar ó de aguas minerales, un régimen tónico y algunos marciales, concurren á disipar estas dos afecciones; pero la parte mas esencial del tratamiento consiste en remover las causas que han producido los disgustos y los demas desórdenes nerviosos. Los consejos morales, la prudente direccion de las ideas de la enferma, y la satisfaccion de sus inclinaciones cuando no hay inconveniente, favorecen tambien la curacion. Sin embargo, esta doble enfermedad exige una perseverancia y habilidad poco comun por parte del médico, y muchas veces se resiste la afeccion al tratamiento moral mejor dirigido.

»La gastralgia se complica muy frecuentemente con el histerismo, é importa mucho tenerlo en consideracion en el tratamiento. Los dolores agudos de estómago, los fenómenos dispépsicos, la tumefaccion epigástrica, la fácil exhalacion de gases en aquel órgano, la dificultad de las digestiones, etc., etc., son accidentes muy comunes del histerismo, sobre todo despues de los accesos, y cuando estos son repetidos y violentos; y aun se puede decir, que siempre existe alguna gastro-enteralgia en la enfermedad que nos ocupa. Debe cuidarse mucho de no tomar el dolor epigástrico, la sed, la estravagancia del apetito, la timpanitis gastro-intestinal y el estreñimiento, por signos de inflamacion del tubo digestivo, como se ha hecho por largo tiempo; pues los antiflogísticos dirigidos contra esta supuesta flegmasia, no harian mas que exasperar la neurosis gastro-intestinal. Los marciales y las sustancias amargas, asociados á los narcóticos ligeros, son los que convienen en casos de esta especie: el lactato y el carbonato de hierro, unidos al tridáceo y al beleño, y usados en dosis moderadas; la quina, el subnitrato de bismuto, y los estractos de diente de leon, de corteza de naranja amarga, etc., etc., son tambien útiles para combatir la neurosis gástrica y el histerismo. La medicacion tónica es la que cuenta mejores resultados en estas complicaciones.

»Con bastante frecuencia se une á la afeccion histérica una neuralgia frontal, facial ó de cualquier otro punto. En este caso, es preciso agregar á la medicacion que se haya elegido, los remedios propios para combatir los dolores nerviosos, como las píldoras de Meglin, los anti-espasmódicos, el almizcle, el castoreo, el asafétida, y sobre todo las preparaciones de belladona, administradas interiormente ó por el método endérmico (v. Neuralgias ó [illegible]).

»*Tratamiento de algunos accidentes histéricos.* — Pueden sobrevenir en el histerismo desórdenes bastante graves, para inspirar sérias inquietudes al médico y exigir una medicacion especial. La afonía, la disnea, la contractura de un miembro, la paralisis del movimiento y las sensaciones, la amaurosis y la iscuria, deben considerarse, no como complicaciones, sino como efectos producidos por la violencia del mal. La mayor parte de los autores, y aun de los mas modernos, entre los que se halla Dubois (de Amiens), nada dicen del

tratamiento de estos epifenómenos. Louyer-Villermay solo habla de la afonía. Haremos observar, que en general no deben combatirse estos accidentes por los medios comunes, no perdiendo de vista que dependen de la neurosis uterina, á la que ha de subordinarse toda la terapéutica. Por lo demas suponemos que se ha establecido rigurosamente el diagnóstico, y que no depende el histerismo de ninguna lesion orgánica.

»La afonía persiste á veces bastante tiempo para hacernos temer alguna afeccion de la membrana mucosa, de naturaleza tuberculosa ó inflamatoria: cuando se adquiera la certidumbre de que reconoce únicamente por causa una simple modificacion nerviosa, deberá recurrirse al tratamiento anti-histérico, y administrar á altas dosis las sustancias tenidas por anti-espasmódicas. La belladona, los narcóticos, los revulsivos poderosos, los baños por afusion, los de mar ó aguas minerales, las fricciones irritantes practicadas en la piel, y un régimen fortificante y tónico, son los medios mas capaces de restituir la voz. Seria imposible indicar todas las modificaciones que pueden exigir los tratamientos indicados en semejantes circunstancias; pues una enferma atacada de afonía, provocada por la supresion de la regla, puede curarse con aplicaciones de sanguijuelas todos los meses (Louyer-Villermay); otras han sido tratadas con buen éxito por fricciones irritantes en el cuello, vejigatorios ó moxas; otras por inspiraciones de vapores estimulantes; no pocas por las afusiones frias, y algunas, en fin, por la electro-puntura. En una palabra, nada mas variable que la terapéutica que puede usarse en esta enfermedad. Compruébase esto mismo con las diversas medicaciones que ha empleado un médico inglés para combatir la paralisis histérica. Recordaremos al lector lo que ya hemos dicho con respecto á la Memoria del doctor Wiltson, y es, que estan muy lejos de ser verdaderamente histéricas todas las paralisis de que habla este médico. En un caso en que ocupaba la paralisis la estremidad inferior izquierda, cesó á beneficio de la supuracion producida por un moxa; en otro desapareció con el uso del subcarbonato de hierro y la acupuntura; en el tercero, se administraron con buen éxito los anti-espasmódicos, el ácido prúsico, el subcarbonato de hierro y las afusiones; en el cuarto, los baños calientes, las lociones frias, la acupuntura en la region lumbar, los drásticos y los irritantes cutáneos mas activos en el miembro paralizado; en el quinto, las afusiones y baños frios; en el sesto, las lociones y chorros de agua fria sobre la rodilla, y el ejercicio forzado del miembro; y en el sétimo, las ventosas aplicadas á los riñones, las lavativas de trementina (2 onzas), afusiones frias, el moxa y la acupuntura con agujas, que se dejaban á veces durante la noche (*Note sur la paralysie hystérique*, por el doctor Wiltson, *Gaz. méd.*, n. 3, 1839; ext. des *Transact. de la Soc. méd. chir. de Lond.*, t. XXI). Esta enumeracion da una idea bastante exacta de los agentes terapéuticos á que puede recurrirse para combatir la paralisis histérica. Las afusiones frias, la acupuntura, la electro-puntura y la estricnina, dirigidas hábilmente, pueden prestar los mayores servicios.

»Las anestesias parciales de la piel son bastante frecuentes en el histerismo, y se combaten del mismo modo que las paralisis del movimiento. Los vejigatorios, los irritantes cutáneos, las afusiones frias y la acupuntura, secundadas con un tratamiento interno, suelen ser muy útiles. La iscuria y la amaurosis ceden á los mismos agentes terapéuticos, que deberán aplicarse á las partes mas próximas á los órganos enfermos. Usanse tambien con buen éxito en la iscuria histérica los baños tibios, las afusiones frias, los fomentos narcóticos al hipógastrio, las inyecciones igualmente calmantes ó de agua fria á la vagina, y las lavativas de agua de nieve, frias, antiespasmódicas ú opiadas, etc. Tambien se aconseja el amasamiento del cuello de la vejiga en las retenciones de orina dependientes del histerismo (Recamier, *Revue médicale.*)

»La contractura se ha observado en los miembros inferiores y en los brazos, limitándose á veces á uno ó muchos músculos, como el esterno-mastoideo (torticolis histérico), los maseteros, los palpebrales, los del antebrazo, etc. El tratamiento aplicable á esta contraccion espasmódica es el mismo indicado anteriormente. La paralisis de la sensacion y del movimiento, y las convulsiones tónicas permanentes, ceden en ciertos casos con rapidez y cuando menos se esperaba; lo cual puede inspirar dudas harto legítimas sobre la eficacia positiva de las diversas medicaciones que se han empleado para combatirlas. Algunas veces se resisten á toda especie de tratamiento, siendo de temer que se desarrolle al fin una lesion orgánica en los tejidos en que no existia al principio mas que una modificacion anormal de la inervacion.

»Naturaleza del histerismo.—Los autores mas antiguos han considerado la matriz como el asiento de la afeccion histérica; opinion que sostienen casi todos los médicos de los tiempos remotos, igualmente que Riverio, Michaelis, Ettmuller, Alberti, Diemerbroeck, Vesalio, Morgagni, Henricus, Hoffmann, Freind Chambon, Pressavin, Astruc, Sauvages, Cullen, Pujol, Pinel y Louyer-Villermay. Los médicos que no admiten esta opinion con respecto al sitio, son: Lepois, Higmoro, Willis, Sydenham, Dumoulin, Stahl, Boerhaave, Cheyne, Whytt, Raulin, Pomme, Lorry, Tissot, Georget y Voisin (Dubois obr. cit., p. 338). Pueden reducirse á tres clases los diferentes sistemas de que ha sido objeto el histerismo: 1.° los autores que hacen consistir la enfermedad en una neurosis de la matriz; 2.° los que

la atribuyen á una modificacion patológica de la inervacion cerebral; y 3.º en fin, los que la consideran como una afeccion que tiene su asiento en órganos distintos de los que acabamos de indicar.

»1.º *El útero es el asiento del histerismo.*— Pitágoras, Platon, Empedocles y otros filósofos creian que el útero era una especie de ser animado, que hacia sus incursiones desde el hipogastrio á los demas órganos, y particularmente á la cabeza, al cuello, al vientre y al hígado. Esta vagancia del útero ha sido admitida por muchos autores, entre ellos Hipócrates y Areteo de Capadocia. El útero, dice este médico, es una víscera que por su naturaleza está siempre en movimiento, y se dirige con rapidez hácia las partes superiores. Galeno combate esta falsa doctrina, que parece fue establecida especialmente por Platon; y se propuso demostrar que no es capaz la matriz de cambiar de sitio, atribuyendo el mal á la retencion del semen. Esta doctrina de Galeno fue la que tuvo mas partidarios en los siglos posteriores. Los árabes y los comentadores galenistas se fijaron en la idea de que la retencion del semen es la causa de todos los accidentes histéricos: unos sostuvieron todavia que podia la matriz ponerse en movimiento, y otros, renunciando á esta teoria falsa y anticuada, trataron de esplicar la produccion del histerismo, por un vapor maligno procedente de los menstruos y del semen corrompidos, el cual se elevaba hácia las partes superiores del cuerpo (Fernelio, Sennerto, Tomás Burnet, Baillou, Chesneau, etc.).

»Las diversas teorias mas que singulares, á que recurrieron los médicos que acabamos de citar, son demasiado falsas para que tratemos de discutirlas, y ya hablaremos de ellas al hacer la esposicion biográfica del mal. Solo nos detendremos algo en las doctrinas que se hallan fundadas en conocimientos anatómicos y fisiológicos positivos.

»La idea de que la continencia, y mas antiguamente la retencion espermática, es la causa del histerismo, hizo que se mirase con lástima y aun con disgusto á las personas que lo padecian. Los apetitos venéreos y el vicio de la masturbacion que se suponian existir en las histéricas, concurrieron á aumentar esta antipatía, y tanto que en la edad media se las consideraba poseidas del demonio. Inútil seria volver á hablar aquí de lo que hemos dicho sobre el flujo de mucosidades vaginales al concluirse el acceso, pues aun admitiendo que vaya acompañado de placer, y que sea tan constante como se ha dicho, lo que está lejos de hallarse probado, no es posible sostener que la continencia sea la causa del histerismo; puesto que se le observa en mujeres que estan lejos de abstenerse, como sucede á las embarazadas; y que ademas no cesa por la union sexual, sino que antes al contrario, los escesos venéreos y la masturbacion determinan con frecuencia sus ataques.

»La opinion mas generalmente adoptada lo considera procedente de una modificacion del sistema nervioso uterino, que obra simpáticamente sobre el sistema nervioso encéfalo-raquidiano. Hoffmann coloca el origen de todos los síntomas histéricos en el útero, en sus membranas y vasos, particularmente en los que suministran el esperma. Dice que la causa de los fenómenos es la contraccion espasmódica de todas estas partes, que estendiéndose á los nervios de la pelvis, de los lomos, y de aquí á toda la médula espinal, se propaga asi sucesivamente á la generalidad del cuerpo; y por esta convulsion espasmódica ascendente del sistema nervioso esplica los síntomas del mal (loc. cit., p. 51 y 53). Es preciso confesar que los autores mas modernos que consideran el histerismo como una neurosis, se han contentado con reproducir, aunque en otros términos, la opinion de F. Hoffmann, que entrevió perfectamente la influencia que ejerce el gran simpático sobre el sistema nervioso cerebro-espinal.

»Astruc, que coloca tambien el asiento del histerismo en la matriz, atribuye el mal á la agitacion demasiado enérgica de este órgano, á la tension é hinchazon de sus vasos, á la irritacion provocada por los humores ácres que fluyen de él, á la tumefaccion de los ovarios, y al estímulo del humor espermático.

»Cullen sostiene una doctrina compleja, pareciéndole evidente que el paroxismo empieza por una afeccion espasmódica del tubo digestivo, de donde se comunica al cerebro y á una gran parte del sistema nervioso. Dice que la enfermedad procede al parecer del tubo alimenticio, pero que los accesos tienen sin embargo muy á menudo una conexion tal con el flujo menstruo y las enfermedades de los órganos genitales, que los médicos de todos tiempos han tenido razon en considerar el histerismo como *una afeccion del útero y de las demas partes del sistema genital* (*Elem. de méd. prat.*, p. 160).

»Baumes lo considera como una neurosis apirética, y lo hace consistir en una afeccion del sistema nervioso del útero, llamándolo *neurosis métrica* ó *metronervia*. Pujol atribuye las enfermedades histéricas de las mujeres á una flegmasia lenta de la matriz; pero esta doctrina se halla en oposicion manifiesta con los hechos observados por los médicos, que no han encontrado en la mayoria de los casos ninguna lesion apreciable del útero. Pinel coloca el histerismo entre las neurosis de los órganos genitales.

»Segun Louyer-Villermay es una afeccion nerviosa, que tiene su asiento en el útero, y que consiste en una lesion del sistema nervioso ó de las propiedades vitales de aquel órgano. Reasume muy bien las principales circunstancias de la enfermedad, que inducen á admitir únicamente un simple desórden nervioso, y son: 1.º que no existe ningun cambio perceptible en los órganos genitales; 2.º que el histerismo

puede persistir mucho tiempo, sin producir ninguna alteracion en los mismos; 3.° que rara vez determina lesiones, y que cuando existen ocupan el útero y sus anejos; 4.° que cuando estas lesiones se desarrollan primitivamente, ó las complica el histerismo, ó bien es efecto de ellas, lo que rara vez sucede, y 5.º que estas enfermedades pueden existir simultáneamente.

»En estos últimos tiempos ha considerado Piorry al histerismo como una série de fenómenos neuropáticos que parten del útero y los ovarios. Dice que la enfermedad consiste en una neuralgia del útero, que se propaga en seguida á diversos ramos nerviosos, por una especie de oscilacion ó movimiento vibratorio que se manifiesta en los nervios, limitándose al principio á los del aparato genital. Puede verificarse la propagacion hácia el bazo, el hígado y el estómago por medio del gran simpático y del octavo par; lo cual determina esos dolores violentos en el hueco del estómago, los vómitos y ansiedad epigástrica, etc., la disnea, la constriccion y los dolores torácicos. La neuralgia trasmitida al neumo-gástrico produce la constriccion espasmódica de la faringe y del cuello (globo histérico). Tambien puede propagarse la neuralgia á los nervios de la cabeza y á los que ocupan los espacios intercostales, ó al plexo-braquial izquierdo; de donde provienen las cefalalgias, el clavo histérico, las neuralgias intercostales y la toraco-braquial, que es en el lenguaje de Piorry la angina de pecho. Cuando se estiende al nervio óptico, progresa rápidamente hácia el cerebro, y sobrevienen accesos epilépticos (histero-epilepsia); y si se propaga al eje cerebro-espinal, se ven manifestarse convulsiones, desórdenes de la sensibilidad, y en una palabra, todos los síntomas del acceso histérico (en *Traité du diagnostic des uteropathies*, y nota comunicada). Segun lo que precede, el histerismo no seria otra cosa que una neuralgia, las mas veces ascendente, susceptible de irradiarse en diversos sentidos hácia las vísceras abdominales, ó de limitarse al sistema nervioso gangliónico, ó de estenderse al encéfalo-raquidiano despues de haber completado su curso ascendente, produciendo entonces un ataque completo de histerismo. Preciso es confesar, que este modo de interpretar los principales fenómenos de la afeccion es muy ingenioso, y que esplica de un modo exacto y completamente fisiológico los síntomas que se observan. Un hecho muy interesante, referido por Prus, demuestra que el histerismo recorrió sucesiva y alternativamente el octavo par, el quinto, el ciático, etc. (*Journ. gén. de méd.*, enero, 1829); y que despues de haber sido ascendente la neuralgia, siguió un curso completamente opuesto. La naturaleza de las causas que producen el histerismo, su duracion, la violencia de los accesos, la intensidad de los padecimientos que determina, y el tratamiento profiláctico y farmacéutico, son otras tantas circunstancias que militan en favor de la doctrina que acabamos de esponer. Los síntomas del histerismo invaden como los de la neuralgia con rapidez y violencia, aparecen por accesos, suceden á las emociones morales, se hallan sostenidos por las mismas, y se curan con los narcóticos y los anti-espasmódicos. Gardien considera la angina de pecho como una forma de la afeccion histérica (*Traité des accouchem.*, t. I, p. 268, en 8.º; París, 1824).

»En sentir de Dubois, el punto de partida del histerismo se halla en el útero y en una simple irritacion nerviosa de esta víscera, provocada por todas las emociones morales vivas y repentinas que se concentran en el sistema uterino (obr. cit., p. 442). Hasta aquí la opinion de este médico es clara é inteligible, y reproduce lo que otros han escrito sobre este punto; pero no lo es tanto lo que sigue: «En el estado de enfermedad, y particularmente en el histerismo, la potencia vital sobreescitada en el foco uterino, es reflejada y trasmitida al eje cerebro-espinal; pone en juego los movimientos simpáticos é instintivos; obra simpáticamente sobre el orígen del influjo nervioso, y da lugar á las convulsiones generales: el cerebro no toma parte alguna en todos estos actos, pues las mas veces es casi nula su accion...... En los accesos de histerismo bien caracterizados, parecen hallarse destruidas completamente todas las relaciones que tiene el cerebro con la médula oblongada y espinal.» Para destruir esta teoria completamente hipotética, y no menos oscura por otra parte que todas aquellas en que intervienen las simpatías, basta recordar, que en cierto número de enfermas atacadas positivamente de histerismo, se conserva bastante bien la inteligencia para oir todo lo que pasa á su alrededor y referirlo despues de disipado el acceso. A esta teoria se opone ademas la de otros médicos, tales como Willis, Lepois y Georget, que atribuyen por el contrario la enfermedad al sistema nervioso encéfalo-raquidiano.

»2.º *El histerismo tiene su asiento en el sistema nervioso.*—Los que sostienen con mas decision que es el cerebro el asiento del histerismo, son Willis, Georget y Cárlos Lepois. Este último dice muy claramente, que todos los síntomas histéricos parten primero de la cabeza, la cual no se afecta de un modo simpático. La causa de esta afeccion cerebral es, segun él, una serosidad espesa difundida por el cerebro.

»Willis desenvuelve esta opinion con notable talento, y sostiene que la matriz no toma parte alguna en la enfermedad. Dice que las convulsiones dependen de la mala calidad de los espíritus animales y de su mezcla con partes heterogéneas. Empero, admite tambien que la afeccion histérica es causada secundariamente por los espasmos viscerales, lo cual disminuye algun tanto el valor de la proposicion absoluta que establece al principio, de que el histerismo parte del cerebro.

»Georget lo considera como una *encefalia espasmódica* ; y para demostrar que la neurosis del cerebro es la única causa de todos los fenómenos histéricos, empieza rebatiendo todas las razones alegadas para sostener que reside en el útero: las causas que obran sobre la matriz, no tienen en sentir de este médico el valor que se les ha atribuido. Segun él, la continencia y la escitacion de los órganos genitales son causas dudosas ó secundarias, y los escitantes generales del sistema nervioso ejercen por el contrario mucha influencia en las personas predispuestas. Los síntomas no cree de modo alguno que tengan su punto de partida en el útero; pues dice que las convulsiones, la pérdida de la sensibilidad y la inteligencia, solo pueden dimanar del cerebro. Preciso es confesar, que bien puede sostenerse su opinion por lo que hace á estos síntomas; pero crece la dificultad cuando se trata del globo histérico, pues lo atribuye á las contracciones de los músculos abdominales, lo cual es completamente falso. Tampoco le parece hallarse mas demostrada la convulsion de los órganos interiores. Siguiendo Georget su idea sistemática, empieza la descripcion de los ataques por los desórdenes nerviosos cerebrales, colocando en segunda y aun en tercera línea los fenómenos mas característicos del mal, como son el globo histérico, la disnea, la ansiedad epigástrica, los movimientos vermiculares que se sienten en el hipogastrio, etc.; y llega en fin á decir, «que no hay tal vez en la economía un órgano cuyas alteraciones desarrollen menos simpatías, que el útero y los ovarios;» proposicion negada por la mayor parte de los autores, y que se opone á la frase de «mulier est quod est propter uterum.» La mayor objecion que puede hacerse á Georget es, que se halla en contradiccion manifiesta con las observaciones de todos los autores, que han visto al histerismo afectar en su curso una forma muy distinta de la que tienen las enfermedades cerebrales, como la epilepsia, por ejemplo, que aunque puede complicar al histerismo, se diferencia mucho de él. Diremos en fin, que casi unánimemente se conviene en considerarlo como una afeccion particular del sexo femenino, lo cual destruye el sistema de Georget, obligando á deducir necesariamente que el histerismo tiene alguna relacion con el aparato genital de la mujer.

»Tambien se ha colocado el asiento de esta neurosis en otros puntos del sistema nervioso, considerándolo algunos como una afeccion de todo él, y otros como un desórden de alguna de sus partes. Sydenham dice, que la afeccion histérica proviene «del desórden ó movimiento irregular de los espíritus animales, que se dirigen impetuosamente y en cantidad demasiado considerable á tal ó cual parte, causando espasmos ó dolores.... y que distribuyéndose desigualmente por los órganos, perturban todas las funciones.» Este autor confunde el histerismo con la hipocondria (v. HIPOCONDRIA). Tampoco ha sido Blackmore mas feliz en su teoría, que es igual á la de Sydenham (*A Treatise of the spleen, and vapours or hypochondriacal and hysterical affections*; Lond., 1725.) Cárlos Perry se fija tambien en esta distribucion desigual de los espíritus animales, y con él otros muchos que pasamos en silencio.

»Tissot atribuye el histerismo á una movilidad ó irritabilidad demasiado considerable del sistema nervioso, lo cual significa muy poco, y Pomme á un endurecimiento general del mismo sistema, lo que es completamente absurdo. Barbeyrac dice, que depende de un principio acre y bilioso contenido en el cerebro, ó de una materia humoral mezclada con la sangre. Boerhaave considera el histerismo y la hipocondria como una sola enfermedad, y no admite por lo tanto que la matriz sea la causa de la afeccion que nos ocupa, sosteniendo que los nervios de las vísceras del bajo vientre son el punto de partida de los movimientos desordenados que perturban el cerebro y escitan las convulsiones Creyendo Brachet reconocer que todos los fenómenos histéricos dependen de la influencia del sistema nervioso cerebral, coloca esclusivamente su asiento en los nervios del cerebro, sin que este órgano tome parte alguna, al menos en los casos mas comunes. Considera todos los fenómenos del mal como procedentes de una accion pervertida ó aumentada del sistema nervioso, sobre el cual ha obrado la causa determinante; pero como se ve muy apurado para esplicar la especie de escitacion que produce el histerismo, admite una particular, á que da el nombre de *escitacion sui generis*, bajo cuya influencia entran en accion los nervios cerebrales, resultando un estado de neuropatía espasmódica, ó mas bien una *neurospasmia cerebral*; es decir, una afeccion espasmódica de dichos nervios (*Recherches sur la nature et le siége de l'hysterie et de l'hypocondrie*, p. 139 á 135, en 8.°; París, 1832). Es inútil decir que esta teoría carece de claridad y de la competente demostracion.

»Girard se esfuerza en demostrar: 1.° que el histerismo es una modificacion viciosa del organismo localizada en el cerebro; 2.° que consiste en una instabilidad rápida de la energía de las facultades inervatrices de este órgano; 3.° que sus causas constitutivas son un estímulo de los sentidos, y un ejercicio demasiado violento de las facultades afectivas; 4.° que sus causas ocasionales son las mas veces una congestion uterina, producida en ciertos casos por un orgasmo del aparato uterino, que acompaña á la necesidad de la fecundacion, y procedente por lo comun de una falta de evacuacion menstrual; y 5.° en fin, que puede depender de una imperfeccion de ciertas funciones, lo que hizo decir á Broussais que el histerismo estaba sostenido á veces por una gastritis (Henri Girard, *Considerations phisiologiques et patologiques sur les affections nerveuses dites his-*

teriques, p. 30, en 8.º; París, 1841). Confesamos que no comprendemos lo que significa «la instabilidad rápida de la energia de las funciones inervatrices del cerebro», á menos que el autor no haya querido decir simplemente con otros muchos, que en el histerismo se halla perturbada la inervacion cerebral.

»No podemos participar de la opinion de los que consideran la afeccion que nos ocupa como una enfermedad del cerebro; pues es evidente, atendido el conjunto de síntomas que presenta, que todos los accidentes parten del sistema nervioso genital, cuya neurosis no tarda en obrar simpáticamente: 1.º sobre el sistema nervioso gangliónico, de donde resulta un desarrollo de sensibilidad en las vísceras que comunmente no la tienen; y 2.º sobre el sistema nervioso encéfalo-raquidiano, de donde provienen los variados y numerosos fenómenos que se observan en los aparatos de la sensibilidad, movilidad é inteligencia; debiéndose por lo tanto considerar el histerismo como una neurosis que no tarda en generalizarse, pero que se diferencia de la epilepsia en que el sistema nervioso gangliónico participa de la perturbacion nerviosa general.

»3.º *El histerismo tiene su asiento en otros órganos distintos del sistema nervioso cerebral, espinal y gangliónico.*—Higmoro creó una mala hipótesis diciendo, que las constricciones torácicas y faríngeas, los dolores abdominales, la disnea y las palpitaciones son provocadas por la efervescencia de la sangre, que infarta los pulmones y las cavidades del corazon, y se enrarece en ellos. Como no seria de utilidad alguna detenernos en esta teoría, lo mismo que en las siguientes, nos contentaremos con mencionarlas de un modo rápido. Stahl coloca el asiento del histerismo en las obstrucciones de la vena porta; otros en una asimilacion imperfecta de la materia nutritiva, y en un desórden de las funciones digestivas; Lieutaud en un estado vicioso de la matriz, de los ovarios y de otros órganos, y en muchas alteraciones humorales; Blackmore, en una alteracion general de los humores depositados por los nervios y vasos linfáticos; y algunos en fin, en lesiones de la sangre. Pujol lo atribuye á la matriz, y dice claramente que no es á su parecer una enfermedad sin materia, una neurosis como se ha dicho, sino que depende de una flegmasia crónica ó de una irritacion uterina, cuyos signos ha podido comprobar. Sostiene que las irritaciones del hígado, de la matriz y del cerebro, son el orígen de todas las enfermedades nerviosas, y que la inflamacion lenta y crónica es su causa primitiva. (*Essay sur les inflammations chroniques*). Este atrevido localizador, que precedió á Broussais, asentó muchas ideas que sirvieron despues para establecer la doctrina fisiológica, y desenvolvió con un talento poco comun las pruebas aducidas en apoyo de su opinion. Broussais no hace mas que reproducir la doctrina de Pujol, al considerar las flegmasias viscerales como una causa del histerismo, especialmente las del útero y tubo digestivo. Algun tiempo despues admitió la posibilidad de una simple irritacion de la matriz, con inflamacion ó sin ella (*Traité de therapeutique*, tom. V, p. 188, en 8.º; París, 1835). Inútil es decir que las tres únicas hipótesis verdaderamente dignas de mencionarse, son: 1.º la que hace depender la afeccion de un desórden nervioso del sistema genital, trasmitido á los nervios gangliónicos y al cerebro; 2.º la que lo atribuye á una afeccion primitiva del cerebro; y 3.º en fin, la que refiere todos los accidentes á una neurosis mas ó menos circunscrita del sistema nervioso, ya de los nervios gangliónicos, ó ya de los que nacen del cerebro y de la médula. En la actualidad estan los médicos de acuerdo en considerar el histerismo como una afeccion del sistema nervioso, solo que le localizan en puntos bastante distintos de este sistema.

»Clasificacion.—De lo que precede se infiere, que esta enfermedad ha debido ocupar puestos muy diferentes en nosografia, y hallarse incluida entre las afecciones del útero, del pecho, de los grandes vasos, de los intestinos, etc. Los principales nosógrafos le han clasificado con bastante exactitud, pero atendiendo mas bien á los síntomas que al sitio y naturaleza del mal. Linneo le coloca entre las enfermedades del movimiento (cl. VII), y en el órden de las convulsiones espásticas (órd. I); Sauvages, en la clase de los espasmos (cl. IV), entre los espasmos clónicos generales (órd. IV), al lado de la eclampsia; Vogel, que lo confunde con la hipocondria, lo considera como un espasmo (cl. V); Cullen es el primero que lo comprendió entre las neurosis (cl. II) con espasmo (órd. III); Sagar en la clase de los espasmos (cl. VIII), y Pinel entre las neurosis del aparato genital.

»Historia y bibliografia.—El estudio del histerismo se encuentra á cada paso confundido con el de la hipocondria en gran número de obras antiguas, y ya veremos, al hablar de esta última enfermedad, las que contienen una descripcion exacta de ambas afecciones. Mencionaremos sin embargo los escritos en que estan reunidas las dos, pero refiriéndonos especialmente al histerismo.

»Esta afeccion se halla indicada por Hipócrates en los tratados de *Virginum morbis* (§. 2), *de Natura mulíebri* (§. 2 et 3), *de Morbis mulierum* (lib. II, §. 78 et 79, edic. Van. der Lind.); en cuyas obras, que no pertenecen al padre de la medicina, se encuentra reproducida la opinion, admitida generalmente antes de su época, de que las dislocaciones de la matriz son la causa del histerismo. Platon fue el inventor de esta teoria, y hé aqui cómo se espresa segun Galeno: «Quæ pars in mulieribus et uterus et vulva nominatur quum fit animal prolis generandæ cupidum, si intempestive diuque infructuosum fuerit, succensens ægre

fert, erransque per totum corpus, et spiritus meatum obstruens, respirare non sinens, in extremam anxietatem dejicit, atque multiplices alios morbos excitat» (*Op. Galen.*, *de Locis affectis*, t. VIII, lib VI, p. 425, ed. de Kunh, en 8.°, Lips., 1821). Por donde se ve, que Platon en este punto como en otros muchos da rienda suelta á su imaginacion, demuestra su ignorancia en esta materia, y establece una de esas fábulas que tanto prodigaba. Pitágoras y Empedocles sostienen igualmente esta doctrina, que era la que profesaban la mayor parte de los filósofos y médicos de la antigüedad. Demócrito asegura en una carta que escribe á Hipócrates, que la afeccion histérica da origen á infinidad de males, y menciona la matriz como causa de la enfermedad. Tambien se habla del histerismo en otros escritos de Hipócrates, como en los *Pronósticos* (lib. I, §. 119), en las *Coacas* (§. 349 y 544), y en las *Epidemias* (libro VII, §. 34, n.° 13). Está lejos de hallarse generalmente adoptada la opinion que atribuye á Hipócrates un conocimiento exacto de la neurosis uterina.

»Galeno espone los principales síntomas del histerismo, y combate el error acreditado todavia en su tiempo, de que la dislocacion del útero era la causa del mal, refutando con razones anatómicas perentorias, y tales como podrian darse hoy, esta opinion admitida por los filósofos y los médicos que le habian precedido. «Absurda igitur omnino est illorum ratio, »cum hoc, quod uterum esse animal affirmant» (*De Locis affectis*, lib. VI, t. VIII, p. 428, edic. de Kuhn). Atribuye á la continencia y retencion del licor espermático los fenómenos histéricos, y le parece tambien que la menostasia tiene alguna parte en la produccion del mal: «Ad hystericorum symptomatum genera»tionem excitandam retentum semen majorem, »menstruum vero minorem vim obtineat, faci»le intelligitur» (p. 424). Todo lo que ha escrito Galeno sobre los efectos de la continencia merece la atencion de los patólogos, y no es estraño que los autores de la edad media se contentasen con reproducir servilmente sus opiniones sobre este punto de patologia.

»Areteo de Capadocia admite los movimientos del útero, comparándole á un árbol cuyas ramas flexibles son agitadas por los vientos; y describe el ataque histérico bastante exactamente, aunque no de un modo completo (*de Causis et signis morborum*, lib. II, cap. II; y *de Curat. acut. morb.*, lib. II, cap. X). Aetio niega la dislocacion de la matriz, y esplica muy fisiológicamente la propagacion del espasmo por las simpatias ó *consensus* que unen todos los órganos entre sí. «Uteri strangulatio ab ute»ro quidem inferne oritur, verum supernæ par»tes, et principales præsertim, per *consensum* »afficiuntur, nam ad cerebrum per nervos »affectio transit, videturque uterus velut ad »supernas partes ascendisse» (*Tetrablion*, serm. IV, cap. LXVIII). Apenas hemos adelantado mas en los tiempos modernos. Celso solo dice algo del histerismo en el artículo consagrado á las enfermedades de la vulva (capítulo XX, p. 232, edic. Almeloveen; Bott. 1750). Pablo de Egina, Avicena, y los arabistas Mercurial y Foresto, nada añaden á lo que se sabia antes de ellos (Mercuarialis, *De morbis mulie-bribus, prælectiones*, lib. IV, cap. XXII, en 4.°; Venecia 1601; Forestus, *Observat. et curat. medicin.*, ob. 25-34).

»Fernelio consagra una descripcion particular al histerismo, y lo atribuye á un vapor, que naciendo del útero se propaga por las venas, las arterias y los conductos ocultos y secretos; cuyo vapor encarcelado es tan maligno, que altera profundamente todas las funciones de las partes que toca (*Univer. medic.* lib. VI, capítulo XV; *de Morbis uteri*, pág. 200, en 4.°; Francf. 1656). Esta opinion de un vapor maligno procedente del útero, se halla reproducida con numerosas variaciones por muchos autores, y se sostuvo largo tiempo, en competencia con la que hacia consistir el histerismo en la retencion del semen y de los menstruos, que alterados causaban los accidentes. Senerto sigue los mismos pasos que los antiguos; pretende que la matriz sube hasta el estómago, y dice haber sentido sus movimientos con la mano. El útero segun este autor, se ingurgita por la sangre y semen corrompidos; de donde resulta un vapor sutil, un espíritu que se eleva del hipogastrio, y produce todos los desórdenes histéricos (*Sennerti op. de Suffocatione hysterica*, t. II).

»Referiremos rápidamente los escritos que solo contienen hipótesis y discusiones ingeniosas sobre las causas del histerismo, contentándonos con nombrar á Hollerius, Duret, Baillou y Mercado, que no han hecho mas que comentar las teorias antiguas, y darlas mas á conocer.

»Cárlos Lepois, cuyo escrito apareció antes que el de Senerto, tiene el mérito de colocar en el cerebro el asiento del mal (*Carol. Pisonis, Selectionum, observat. et consil. de prœterv. hactenus morb.*, etc., Pont-a-Mous, en 4.° 1678): hasta este autor, se habia considerado la matriz como el único origen del histerismo; pero en los escritos ulteriores al de Lepois se ve que esta creencia empezaba á perder su prestigio. Higmoro dice, que es provocada por una superabundancia de la sangre sutil y ténue, que forma efervescencia en los vasos pulmonales y cardiacos; de donde resulta un éxtasis sanguíneo en el pulmon, y una dificultad estremada en los movimientos del pecho, procediendo de estas congestiones los síntomas torácicos. Esta doctrina fue reproducida en dos obras del mismo autor (*Exercitat. duæ, prior de passione histerica, altera de affectione hypocondriaca*, 1660, en 12.°; *De passione hysterica et affectione hypoc. respons. ad Willisum;* Lond., 1670, en 4.°).

»Uno de los escritos mas atendibles en la

historia del histerismo, es el de Willis. Este ilustre fundador de la patologia del sistema nervioso procura demostrar, que la matriz no se halla afectada en la enfermedad que nos ocupa, y que es imposible atribuir las convulsiones á otro órgano que al cerebro. Acertado anduvo Willis al sostener esta opinion, pues no hay duda que deben intervenir el encéfalo y la médula en la produccion de los movimientos convulsivos; mas ¿por qué mezclaria con tan grandes verdades esas discusiones estériles sobre la circulacion y alteracion de los espíritus animales, á que se atribuian en su tiempo los diversos fenómenos de la inteligencia y de la inervacion? (*Pathologia cerebri et nervosi generis in quo agitur de morbis convulsivis*, 1667, en 12.°; *Affectionum quæ dicuntur hystericæ et hypochondriacæ pathologia spasmodica, vindicata contra responsionem epistolarem Nathanaelis Hygmore*; Lond., en 8.°, 1670).

»Sydenham no ve mas que una sola enfermedad nerviosa en la hipocondria y el histerismo, y desechando todas las teorías que hacen representar el principal papel á las alteraciones de los humores, considera estas afecciones como determinadas por la ataxia de los espíritus animales. La disertacion de este médico encierra sin duda preciosas observaciones sobre las enfermedades nerviosas; pero en vano se buscará en ella una descripcion metódica de las que acabamos de nombrar; pues no se hallan los síntomas espuestos en su órden natural, y ademas muchas veces corresponden á otras afecciones distintas del histerismo y la hipocondria (en *Op. om.*).

»Ernesto Stahl no hace tampoco de estas dos enfermedades mas que un solo estado morboso, causado por la congestion de una sangre abundante y espesa, que no circula fácilmente por la vena porta, esforzándose en salir por las partes superiores ó inferiores. La plenitud de los vasos meseráicos y esplénicos concurre segun él á producir los accidentes (*Theoria medica vera*; Al., 1708, en 4.°). Hemos citado la obra de Stahl, mas bien por la mucha nombradia de su autor, que por su importancia, pues en nada ha contribuido á que progrese la ciencia. Boerhaave estudia la hipocondria y el histerismo con el título de *melancolia* (*de Cognoscend. hom. morb.*, §. 1089). Coloca el asiento de esta enfermedad en el útero, y su causa en los humores corrompidos que se acumulan en él; pero cree tambien, que los movimientos desordenados que perturban el cerebro y escitan las convulsiones, pueden tener su origen en los nervios del bajo vientre.

»Hasta aquí no hemos encontrado una sola obra que pueda compararse con la disertacion de F. Hoffmann sobre el histerismo (*de Affectu spasmodico convulsivo ex uteri vitio sive malo histerico*, en *Oper. omn.*, t. III, p. 50, en fól.; Ginebra, 1761); la cual encierra casi todos los documentos que han servido despues para describir los síntomas, las causas y el tratamiento de esta afeccion; y no vacilamos en decir, que es todavia en la actualidad una de las monografias mas completas que se han publicado sobre esta materia. No se contenta Hoffmann con describir separadamente el histerismo y la hipocondria, sino que fue el primero que estableció el diagnóstico diferencial entre ellas, y los signos que indica son en efecto los que tienen mas valor. Hace tambien resaltar los síntomas que pueden distinguirlo de la epilepsia, y las reglas terapéuticas que preconiza dejan poco que desear.

»En la concienzuda bibliografia de R. Whytt, puede leerse un analisis de las memorias que se deben á Viridet, Nicolás Robinson, Gregorio Cheyne, Oosterdyk Schacht, Juan de Gorter, Ricardo Mead y á Cárlos Perry (en Whytt, *Les vapeurs et maladies nerveuses, hypochondriaques ou hysteriques*, trad. por Lebeque de Presle, t. II, p. 479 y sig., en 8.°; París, 1767).

»Astruc escribió un buen capítulo sobre el histerismo (*Traité des maladies des femmes*, en 12.°; París, 1761); Cullen, que tenia de esta afeccion ideas mas exactas y precisas que la mayor parte de sus contemporáneos, la distingue de la hipocondria, é indica su verdadero puesto nosográfico, colocándola entre las neurosis (*Elements de méd. prat.*, t. III, página 154, en 8.°; París, 1819); Sauvages, Sagar, Pinel y otros nosógrafos, no hacen mas que clasificar el histerismo, sin decir mucho de su historia; y Pomme en su *Tratado de las afecciones vaporosas de ambos sexos* (en 12.°; Lyon, 1763), solo se distingue de los demas autores por indicar los diluyentes en el tratamiento, con cuya terapéutica obtuvo ventajas que le dieron una gran reputacion. La obra de Tissot abunda en observaciones interesantes sobre los síntomas, curso y método curativo del histerismo; pero como mezcla á cada paso la historia de esta afeccion con la de otros accidentes nerviosos, es dificil sacar de ella un gran provecho (*Traité des maladies nerveuses*). Lo mismo puede decirse de la de R. Whytt, quien describe sin embargo muy completamente todos los fenómenos histéricos (*Des vapeurs et maladies nerveuses*, etc., 2 vol. en 12.°).

»La obra de Louyer-Villermay se considera con razon como una de las que mas han contribuido á dar conocimientos exactos y precisos de la hipocondria y el histerismo. Su trabajo sobre esta última enfermedad se ha reproducido, con modificaciones ó sin ellas, en muchas obras francesas y estrangeras, y por largo tiempo ha tenido fuerza de ley en patologia (*Traité des mal. nerveuses, des vapeurs*, en 8.°, t. I; París, 1816, y el art. HYSTERIE del *Dict. des sc. médic.*, t. XXIII, en 8.°; París, 1818); mereciendo aun hoy ser consultado por todos los que escriban sobre las enfermedades nerviosas. No obstante, se puede censurar á su autor, por haber sido demasiado ligero en admitir algunos hechos cuya autenticidad es muy dudosa, y que pertenecen á épocas muy remo-

las; siendo tambien de sentir, que en la etiologia del histerismo se encuentren no pocos lugares comunes sobre las influencias morales, y una enumeracion estéril de causas cuya accion no se halla demostrada.

»Georget reproduce la doctrina antigua de Lepois, Villis y Barbeyrac, de que el desórden funcional del cerebro es la causa del histerismo (*Recherches sur les maladies nerveuses, et particulierement de l'hysterie et de l'hypochondrie*, t. II, en 8.°; París, 1821, y art. HYSTERIE del *Dict. de méd.*, 1.ª y 2.ª edic.); cuya opinion, aunque sostenida con verdadero talento, no ha podido prevalecer, porque es manifiestamente opuesta al curso de los síntomas y á los hechos observados. Sin embargo, ha sido en parte adoptada por algunos autores modernos, y entre otros por Girard, quien refiere al cerebro el asiento del histerismo (*Consider. physiol. et pathol. sur les affect. nerv. dites hysteriques*, en 8.°; París, 1841). Este opúsculo no encierra de nuevo mas que ideas teóricas y poco inteligibles sobre las funciones de la inervacion.

»Brachet dió á luz sus *Investigaciones sobre la naturaleza y asiento del histerismo y de la hipocondria* (en 8.°; París, 1832), en cumplimiento del programa publicado por la Sociedad de medicina de Burdeos sobre la enfermedad que nos ocupa. Ya hemos discutido la opinion de este médico por lo tocante á la naturaleza de la afeccion. En su obra se encuentra un exámen concienzudo de las diversas doctrinas debidas á los autores que han escrito sobre el histerismo; pero en todas las páginas se detiene en discutir el mecanismo de las funciones, y la influencia de los nervios y del cerebro, pareciendo que solo escribe para hacer que triunfe su opinion.

»La *Historia filosófica de la hipocondria y del histerismo* de Dubois (de Amiens), que obtuvo el premio concedido por la Sociedad Real de Burdeos (en 8.°; París, 1833), es una esposicion crítica muy completa de las mejores obras que se han publicado sobre esta materia; pero luego veremos (véase HIPOCONDRIA) que se encuentran muy á menudo en este libro digresiones intempestivas y demasiado largas, que entorpeciendo la descripcion, entretienen al lector sin utilidad. La parte histórica, que está muy bien hecha, se halla espuesta sobre todo en los capítulos *naturaleza* y *tratamiento* (p. 333 y 455). Pudieramos copiar ahora la lista de las tésis francesas y de otros paises, que se han publicado sobre el histerismo; pero como no contienen mas que observaciones particulares, ó ideas ya conocidas, las pasaremos en silencio, remitiéndonos á la bibliografía del artículo HISTERISMO del *Diccionario de ciencias médicas*, donde se hallan enumeradas» (MONNERET y FLEURY, *Compendium*, etc., t. V, págin. 68—89).

ARTICULO V.

De la hipocondria.

»La palabra hipocondria se deriva de ὑπὸ bajo y χόνδρος y cartílago; es decir, enfermedad de los órganos situados detrás de los cartílagos ó en los hipocondrios. Desde los tiempos mas antiguos se consideraba esta enfermedad como un efecto de la obstruccion de las vísceras situadas en los hipocondrios, cerca del diafragma. El estómago, el bazo, el hígado, la vena porta, la arteria celiaca y mesentérica y el mesenterio, son las partes donde se ha fijado sucesivamente el asiento del mal.

»SINONIMIA.—*Morbus flatuosus* de Diocles y Aetius; *hypochondria*, *morbus hypochondriacus* de los latinos; *morbus mirachialis* de los árabes (*mirach* en árabe significa vientre, epiploon, peritoneo); *morbus hypochondriacus* de Fracastor y Boerhaave; *malum hypochondriacum* de Galeno, Hoffmann y Juncker; *hypochondrismus* de Huxham; *hypochondriasis* de Sauvages, Linneo, Vogel, Sagar y Cullen; *hallucinatio hypochondriasis*, Chrihton; *hiperkinesia gástrica* de Swediaur; *dyspepsia hypocondrias* de Young; *alusio hypocondrias* de Good; *mater scorbuti* de Barbette; *morbus resiccatorius*, *morbus ructuosus*, *morbus corruptorum*, *hipochondriaca affectio*, *melancolia hypocondriaca*, *neurosis gastro-intestinal* de algunos autores; *gastro-enteralgia hipocondriaca*.

»DEFINICION.—Si se quiere conservar en el lenguaje médico la palabra *hipocondria*, es necesario absolutamente darle un sentido preciso y un valor científico, sin lo cual nos esponemos á perpetuar la incertidumbre que reina todavia sobre esta afeccion. Creeremos haber hecho algun servicio á la ciencia, si acertamos á determinar exactamente el verdadero sentido que debe darse á esta palabra. Algunos, poco rigurosos en su definicion, consideran afectados de hipocondria á los hombres habitualmente desazonados y tristes, que sienten vivamente todas las impresiones que les son trasmitidas; pero entonces dicha palabra es sinónima de disgusto, tristeza, susceptibilidad nerviosa, y no puede considerarse suficiente para caracterizar una enfermedad, ni mucho menos representa la idea que debe atribuirse á la palabra hipocondria. Tambien se han confundido con este nombre estados patológicos muy diferentes. Asi, por ejemplo, se han calificado de hipocondriacos los enfermos que esperimentan aberraciones de la sensibilidad, y muchas veces de la inteligencia, á causa de una afeccion real y fácil de reconocer por el médico; y con el mismo epíteto se han designado afecciones del hígado ó del estómago que producen algunos de los síntomas de la hipocondria. Hasta se ha llegado á dar este nombre á monomanias bien caracterizadas, como el esplin ó la hipocondria inglesa, que no es muchas veces otra cosa que una monomania suicida (véase

nuestro artículo Locura). Por último, no hace todavia mucho, cuando el diagnóstico carecia aun del grado de certidumbre que posee en la actualidad, que se tomaban por hipocondrias varias clorosis y afecciones orgánicas del corazon ó de las vísceras abdominales.

»*La hipocondria es, en nuestro sentir, una aberracion de las facultades intelectuales, una neurosis cerebral, que induce al individuo que la padece á ocuparse continuamente de sensaciones reales ó imaginarias que cree percibir en las diversas partes de su cuerpo, y á considerarlas como otras tantas enfermedades graves, de las que nunca le curará, á su parecer, la medicina.* En otros términos, la hipocondria es una meditacion morbosa del hombre sobre su propia salud, ó sirviéndonos de una espresion muy exacta tomada de J. Franck, una alucinacion del enfermo sobre su salud. Es un delirio parcial que tiene por objeto la salud del enfermo, quien se halla continuamente atormentado por el temor de sucumbir á afecciones que no existen, y que supone le amenazan juzgándolas incurables. Leuret da una idea muy precisa de este mal diciendo, que «es un estado en que la atencion se fija casi continuamente en una enfermedad real ó imaginaria, acompañado de tristeza y de temores infundados» (*Fragments psychologiques sur la folie*, p. 369, en 8.°; París, 1834). (1)

»Las demas definiciones que se encuentran en las obras difieren notablemente de las que acabamos de indicar. Hé aqui cómo se espresa en esta materia Louyer-Villermay: «Es una afeccion eminentemente nerviosa, que parece consistir en una irritacion ó modo de ser particular del sistema nervioso, y principalmente del que anima los órganos digestivos: los síntomas esenciales son numerosos: las mas veces hay alteracion y lentitud de las digestiones, sin fiebre, ni vestigio de una lesion local; flatuosidades y borborigmos, exaltacion de la sensibilidad general, y varios espasmos, palpitaciones é ilusiones de los sentidos, sobre todo del oido y la vista; sucesion rápida de fenómenos morbosos, que simulan la mayor parte de las enfermedades; estado real, pero variable, de angustia y sufrimiento, con terrores pánicos ó inquietudes exageradas; volubilidad moral, y exageracion continua, especialmente en todo lo que se refiere á la salud ó á la declaracion de los accidentes de la enfermedad» (*Traité de maladies nerveuses ou vapeurs, et particulierement de l'hysterie et de l'hypochondrie*, tom. I, p. 223, en 8.°; París, 1816).

»Cullen, que tenia una idea muy exacta de la hipocondria, la distingue cuidadosamente de la gastralgia, y la hace depender de una afeccion del *sensorio comun* (*Elements. de méd. prát.*, t. II, p. 422, en 8.°; París, 1819). La definicion que da este médico se reduce á esponer los principales síntomas de la hipocondria, y puede considerarse como una de las mejores. «Existe en ciertas personas, dice, un estado del alma, que se conoce por el concurso de las circunstancias siguientes: languidez, indiferencia ó falta de resolucion ó actividad para toda especie de empresas; disposicion á todo lo sério, á la tristeza y á la timidez, y miedo de que los sucesos venideros terminen desgraciadamente ó del modo mas funesto, lo cual hace que la mas ligera sospecha induzca á suponer males considerables. Estas personas ponen una atencion particular en su salud; el menor cambio de situacion que esperimenten en su cuerpo, es suficiente para ocuparlas con seriedad, y toda sensacion estraordinaria, á veces la mas ligera, les hace temer un gran peligro y aun la muerte. Sus creencias y persuasiones son por lo comun muy obstinadas relativamente á estas sensaciones y temores» (obr. cit., t. II, p. 414). Los autores modernos no caracterizan tan bien la hipocondria, y aun diremos que no son tan claros y precisos al describirla, como Cullen.

»La mayor parte de las definiciones de los médicos mas antiguos tienen la falta de basarse en hipótesis creadas para esplicar la naturaleza y el asiento del mal. Senerto dice, que consiste en una acumulacion de humores viciados ó de mala calidad, sobre todo melancólicos ó atrabiliarios, y á veces tambien pituitosos ó biliosos, que se forma en los ramos de la vena porta, de la arteria celiaca y mesentérica, y en los hipocondrios, principalmente en el izquierdo, entre el estómago, el bazo, etc. (*Inst. méd.*; Viteb., en 8.°, 1620). Hoffmann la define diciendo, que «es una afeccion espasmódica y flatulenta de las primeras vias, sobre todo del estómago y de los intestinos, que ocasiona movimientos irregulares en estas vísceras, y altera todo el sistema nervioso y la armonía de las funciones (*De malo hypocondriaco*, p. 64, en *Oper. omn.*, t. III, en. f., Gin. 1761). Este autor confunde la gastro-enteralgia con la

(1) Aunque en todo el discurso de este artículo se esfuerzan Monneret y Fleury en demostrar que la hipocondria es esencialmente un trastorno de la inteligencia y nada mas, no hemos creido que debe colocarse esta enfermedad entre las que decididamente pueden referirse al cerebro, sino al lado del histerismo y de los demas desórdenes de la inervacion. Efectivamente, los mismos autores no pueden menos de confesar, que esta se halla afectada en toda la economia; y nosotros añadimos, que si el cerebro juzga mal, es porque se le trasmiten impresiones desfiguradas ó exageradas. En cuanto al temor de la muerte, si bien es indudable en la hipocondria, no ofrece en manera alguna el caracter de una verdadera monomania, sino que se funda en esas mismas impresiones debidas al desórden de la inervacion. Creemos, pues, nosotros que esta es la que padece esencial y primitivamente en la hipocondria, siendo tan secundarios los fenómenos cerebrales graves, como los demas desórdenes que se fijan en las diversas vísceras. Varios y muy graves autores han comparado y aun querido reunir la hipocondria y el histerismo, siendo bastante natural describir la una á continuacion del otro. (El *T.*)

hipocondria, y crea una hipótesis sobre la causa presunta del mal.

»J. Franck ve en la hipocondria «una alucinacion de un individuo sobre su propia salud, juzgándola mucho peor de lo que es en realidad, con una atencion escrupulosa hácia el estado de su cuerpo, ansiedad y temor, permaneciendo en lo demas sanas las facultades del alma, si se esceptúa este vicio de la imaginacion.» Para dar una idea completa de la opinion del médico aleman, debemos añadir que considera la hipocondria como «una enfermedad de todo el sistema nervioso, que se desarrolla principalmente en los ganglios abdominales, en los plexos cardiacos y el cerebro, sin que pueda demostrarse por la autopsia, y en que se halla tan afectado el sentido universal interno, que trasmite impresiones morbosas al sensorio comun, y hace que el enfermo tenga nociones falsas de los cambios que se verifican en su economía, nociones acompañadas de una sensacion desagradable» (*Praxeos medicæ universæ præcepta*; trad. fr. en la *Encycl. des sc. méd.*, t. III, p. 113, en 8.º; París, 1838).

»Podriamos todavia mencionar las diferentes definiciones de Galeno, Willis, Pison, Etmuller, Stahl, Boerhaave y otros; pero como la mayor parte de ellos se fundan únicamente en hipótesis, en que los humores, la sangre y los fenómenos mecánicos representan el principal papel, las creemos poco instructivas y las pasamos en silencio. Por lo demas, ya hablaremos de ellas al indicar las diversas teorías que se han emitido sobre las causas de esta afeccion.

»Comparando las definiciones precedentes con las que dejamos establecidas al frente de este capítulo, se ve desde luego, que en nuestro sentir la hipocondria es una afeccion nerviosa primitiva del cerebro, ó en otros términos, una neurosis que se manifiesta por un delirio parcial, cuyos caractéres dejamos ya trazados, y luego describiremos mas detenidamente. Recordaremos tan solo, que la alucinacion recae sobre la salud del individuo, y le arrastra á las aberraciones mentales mas estrañas sobre la naturaleza de sus sensaciones. Hemos borrado del número de los síntomas característicos de la enfermedad los que pertenecen á la gastro-enteralgia, que no es mas que un efecto del desórden de la inervacion cerebral, ó que solo aparece como complicacion. Sobre este punto seguimos la opinion de Cullen (ob. cit., p. 422), de Flemyng, Leuret y Georget (art. Locura en el *Journ. compl. des sc. méd.*, y el artículo Hipocondria del *Dict. de méd.*, p. 135), cuyos dos últimos autores, lo mismo que Falret (*de l'hypochond. et du suicide*, p. 371, y Passim, en 8.º; París, 1822), sostienen que la hipocondria es una afeccion primitiva del cerebro: procuraremos hacer que prevalezca esta doctrina, que es la que á nuestro parecer cuadra mas naturalmente á los hechos mejor observados de la enfermedad que nos ocupa.

»Divisiones.—Háse multiplicado el número de las hipocondrias sin provecho alguno para la ciencia. Sauvages y Fracassini distinguen numerosas especies. Mucho mas severo Cullen que otros nosógrafos, solo reconoce una, que es la designada por Sauvages con el nombre de *hipocondria melancólica*, á la que llama *idiopática*. Ya indicaremos las adoptadas por los autores al tratar de las *especies* y *variedades* (v. esta palabra). Convencidos con los médicos que hemos citado mas arriba, de que la hipocondria es una afeccion del centro nervioso, solo admitimos la llamada *idiopática* por Cullen, y á su estudio consagraremos lo que tenemos que decir. Sin embargo, notaremos que puede la hipocondria manifestarse en un individuo predispuesto con motivo de una enfermedad de otro órgano. Los fenómenos gastrálgicos, que son las mas veces efecto de la neurosis cerebral, pueden tambien constituir una afeccion primitiva, en cuyo caso la hipocondria es una complicacion de la gastralgia, habiéndose necesitado una predisposicion especial para que se manifestase. Esta gastralgia puede llamarse *hipocondriaca*, pues en efecto, la neurosis gastro-intestinal es la enfermedad primitiva, y la hipocondria el resultado simpático de la primera afeccion; ó en otros términos, hay entonces una hipocondria consecutiva ó sintomática. Mas para hacer dimanar con fundamento la hipocondria de la perversion de la sensibilidad de los órganos digestivos, es preciso que sean evidentes los síntomas de la gastralgia, y que hayan precedido manifiestamente á los de la neurosis que nos ocupa.

»Pueden tambien estas hipocondrias sintomáticas proceder de partes distintas de las primeras vias, pues se observan á veces síntomas de esta enfermedad en individuos que padecen afecciones del hígado, del corazon, pulmon, útero, y varias neuralgias, en las mujeres embarazadas, etc. Todas estas afecciones, como dice Barras, pueden irritar simpáticamente las demas partes del cuerpo, con especialidad el encéfalo, y hacer hipocondriacas á las personas que las padecen» (*Traité des gastralgies*; suplemento, p. 252-353, en 8.º; París, 1838). Pueden complicarse con la hipocondria lesiones viscerales, muy diversas por su naturaleza y asiento; pero como estas hipocondrias sintomáticas son totalmente semejantes por sus signos á la simple primitiva ó idiopática, daremos de ellas una descripcion muy sucinta despues de haber examinado detenidamente la hipocondria simple.

»Alteraciones cadavericas.—Los hipocondriacos arrastran muchos años una existencia penosa, y sucumben á enfermedades accidentales, ó á la profunda perturbacion que esperimenta el sistema nervioso, y que acaba por producir desórdenes manifiestos. No deberá,

pues, sorprendernos que los autores describan, como pertenecientes á la hipocondria, lesiones cadavéricas que no le corresponden, y cuya enumeracion seria harto fastidiosa; pues tendriamos que hacer un curso completo de anatomia patológica si hubiéramos de esponer los resultados de la autopsia de los hipocondriacos. El estómago, los intestinos, el hígado, el bazo, el peritoneo, el epiplon, los vasos de estos órganos, los riñones, la vejiga y el útero, son las partes que han parecido afectadas con mas frecuencia. Inútil es añadir, que estos desórdenes resultan de las complicaciones á que sucumben los enfermos, ó que ha producido la neurosis; pues efectivamente sabido es en la actualidad, que un órgano cuya inervacion está profundamente y por mucho tiempo modificada, acaba por alterarse; pudiéndose admitir que enferman á la larga el corazon y las diferentes vísceras del vientre, cuando se halla alterada la inervacion cerebral; cuya opinion está apoyada en el testimonio de los mejores autores (Whytt, *Les vapeurs et maladies nerveuses*, etc., trad. por Lebegue de Presle, t. I, p. 536, en 12, París, 1767; Georget, art. cit., p. 133, Falret, obr. cit., p. 495; etc.).

»El cerebro se ha esplorado poco, porque el asiento de la hipocondria se ha colocado generalmente en las vísceras abdominales. Los únicos hechos referidos con algunos pormenores, se deben á Falret. En un caso que se halla en la obra de Morgagni (*de Sedibus*), se encontró serosidad derramada en los ventrículos del cerebro; pero el enfermo habia tenido delirio en los últimos dias de su vida, y no se comprende qué importancia puede atribuir Falret á un hecho de esta naturaleza. Villermay refiere uno, en que se hallaba el cerebro un poco inyectado y contenia en los ventrículos dos onzas de serosidad (ob. cit., t. I. página 440). Falret ha visto en el cerebro de un hipocondriaco mas cantidad de sangre que en el estado normal, rezumando este liquido por las partes divididas. Es imposible deducir nada de semejantes hechos, que solo citamos para dejarlos consignados, y terminaremos diciendo, que la hipocondria como las demas neurosis, no deja vestigio alguno en el cadáver.

»Síntomas.—La dificultad que se esperimenta al describir los síntomas de esta afeccion, depende de que repitiéndose simpáticamente las alteraciones de la inervacion en todas las partes de la economia, resulta un conjunto de fenómenos numerosos y variados, cuya sucesion y enlace no siempre es fácil comprender. «No todos los síntomas, dice Georget, se observan á un mismo tiempo, ni en un mismo individuo, no siendo tampoco iguales en los diversos períodos de la enfermedad, ni en todos los instantes de cada período» (art. cit., *Dict. de méd.* p. 130). Los autores que han estudiado esta enfermedad, los esponen de varias maneras: unos, que como Villermay colocan el asiento de la enfermedad en los órganos digestivos, refieren como síntomas predominantes los desórdenes de este aparato; y otros insisten mas particularmente en los que proceden del sistema nervioso, porque en él es donde fijan el orígen de la enfermedad. Creemos que en efecto este último es el verdadero punto de partida de todos los accidentes que esperimenta el enfermo, y por su estudio empezaremos la descripcion del mal á ejemplo de Falret. Al cabo de un tiempo muy corto, no hay casi parte alguna de la economia en que dejen de notarse fenómenos morbosos: «Signorum maximus est numerus, dice Manget; vix enim ulla pars corporis est quæ vim hujus morbi effugit, præcipue si morbus radices alte egerit.»

»La invasion de la enfermedad es en general lenta y gradual; y sin embargo se desarrolla algunas veces con una rapidez considerable, sobre todo cuando resulta de una fuerte emocion moral (Villermay, t. I, p. 347). El enfermo esperimenta al principio vahidos, vértigos, ilusiones de óptica y zumbido de oidos; la inteligencia se halla todavia sana, y los pacientes continuan en sus ocupaciones.

»Los trastornos de los sentidos es lo que mas se nota al principio. Difícil es imaginar las innumerables variaciones que presenta esta especie de síntomas, y las diversas formas que afectan en los enfermos; pues cada uno siente de un modo distinto las aberraciones de la sensibilidad; y si á esto se añade, que cada cual las espresa á su manera y siempre con exageracion, fácilmente se comprenderá, que el cuadro de los síntomas no puede ser constante, variando segun las épocas del mal y los diferentes individuos. Procuraremos sin embargo describir los que suelen presentar el mayor número de enfermos.

»*Alteraciones de los sentidos.*—Estos en general se hallan pervertidos y escitados, y muy rara vez se encuentra debilitada su sensibilidad. El ojo siente en ciertos casos un dolor vivo, contínuo ó periódico; soporta difícilmente una luz viva; ve chispas ó cuerpos brillantes, y no puede fijarse en objetos de este aspecto. Los individuos se quejan tambien de pulsaciones incómodas en el globo ocular, cuya sensacion, mal interpretada por su inteligencia delirante, les hace creer que sus ojos van á sufrir una grave alteracion; pero estas pulsaciones dependen únicamente de la vibracion aumentada de las arterias: en algunos casos llega realmente á debilitarse la vista.

»Tambien se altera el oido. Los hipocondriacos oyen silbidos y zumbidos de este órgano, y muchos acaban por percibir difícilmente los sonidos; pero comunmente esta sordera no es mas que temporal.

»El olfato sufre pocas modificaciones: á veces no puede soportar el enfermo los olores mas insignificantes. Dícese que muchos sugetos hallan placer en los olores mas desagradables; depravacion que se observa mas particularmente en el histerismo. El sentido del gusto

está con frecuencia pervertido, ó bien goza de una sensibilidad esquisita: algunos enfermos comen con placer sustancias cuyo sabor es detestable para todo el mundo.

»La cabeza suele estar dolorida, quemante, y dicen los enfermos sentir en ella bocanadas de calor ó una especie de vacío; ora una sensacion de hervidero ó pulsaciones distintas; ora un peso y entorpecimiento muy incómodo, ó un frio muy vivo. «En algunos se nota una sensibilidad admirable en los cabellos, ó mas bien en el tejido de donde nacen, y que comparan los pacientes á carne magullada.» (Villermay, p. 242). «El dolor de cabeza, dice Falret, es habitual en los hipocondriacos, y precede muchas veces con el insomnio á todos los demas síntomas.» Su asiento varia, siendo la cefalalgia, ora frontal, occipital ó sincipital, ora general: los enfermos comparan este dolor al que produciria un casquete de plomo, ó una compresion hecha en las partes laterales de la cabeza.

»El sueño no se halla alterado desde el principio, ni se manifiesta insomnio, sino despues de haber sobrevenido las alteraciones nerviosas y las de la inteligencia. Entonces los individuos no encuentran ya en el sueño esa tranquilidad que calma por un instante la escitacion nerviosa; se agitan en la cama, abandonándose á la tristeza y á las ideas mas lúgubres. Algunos, apenas se quedan dormidos, se despiertan con una pesadilla, con ensueños incómodos y espantosos, con latidos del corazon ú opresion, y otros son perseguidos hasta en su sueño por toda especie de sensaciones penosas, tales como silbidos y zumbidos muy incómodos, el ruido de fuertes detonaciones eléctricas, ó de descargas de armas de fuego, el sonido de una campana ó un gran estruendo.

»La sensibilidad general presenta igualmente numerosas alteraciones. La cara conserva mucho tiempo su frescura, y todas las apariencias de la mejor salud, lo que hace creer que estan sanos los sugetos. Pero luego enflaquece, adquiere un color pálido ó amarillento, como sucede en las afecciones crónicas, presentándose descolorida ó animada, quemante ó fria, segun las impresiones que padecen los enfermos. Debe estudiarse con mucho cuidado la fisonomía de los hipocondriacos. En general espresa la tristeza y la melancolía mas profundas. Los músculos de la frente y de las cejas estan agitados de contracciones permanentes, que dan á la cara un carácter sombrío é inquieto; los ojos, fijos é inmóviles cuando el enfermo está solo, siguen con ansiedad los menores movimientos de los circunstantes. Cuando el médico procura consolarlos, se les anima el rostro pintándose en él la esperanza; pero muy luego vuelve á adquirir la espresion triste y melancólica, desde el momento que se abandonan á sí mismos y recobran sus pensamientos habituales.

»Los hipocondriacos son muy sensibles á las influencias esteriores. El frio, el calor, el estado eléctrico de la atmósfera, la humedad y la sequedad, producen una impresion muy viva en su superficie cutánea.

»Suelen quejarse de dolores en todas las partes del cuerpo desde las plantas de los pies hasta la estremidad de los cabellos. Basta por otra parte que piensen en un dolor, para que al momento lo sientan; y cuando personas estrañas á la ciencia les describen los fenómenos que produce cualquier enfermedad, al instante imaginan que estan afectados de ella. Estos trastornos de las sensaciones dependen de la aberracion intelectual, y ya volveremos á hablar de ellos mas adelante. En la mayor parte de los enfermos se observan calores pasageros, erráticos y parciales en los miembros, que se cubren en seguida de un sudor frio y viscoso; y estas alternativas de calor y frio van ó no acompañadas de dolores locales ó generales, parecidos á los reumáticos, sifilíticos ó escorbúticos. Algunos esperimentan en los miembros hormigueo y un ardor ó frescura semejantes á los que produciria un líquido caliente ó frio, introducido debajo de la piel; otros sienten entorpecimiento, una debilidad que imita la paralisis, movimientos convulsivos irregulares y pasageros que ocupan los miembros superiores ó inferiores, calambres y latidos arteriales. En otros casos esperimentan movimientos muy estraordinarios. Villermay habla de individuos que notaban una sensacion de plenitud en el dorso, ó un entorpecimiento que cambiaba de sitio cuando los enfermos mudaban de posicion. Uno de ellos «comparaba este fenómeno á la accion de trasegar un líquido de un vaso á otro, pareciéndole que pasaba este líquido de izquierda á derecha y *vice versa*» (loc. cit, p. 343).

»Por lo que hace á las facultades locomotrices, no participan de la perturbacion de que se halla afectada en esta enfermedad la economía entera. Hánse notado sin embargo, algunos movimientos convulsivos, calambres y una debilidad pasagera; pero estos síntomas son mucho mas raros que las alteraciones de la sensibilidad, y ademas solo aparecen en una época avanzada del mal. Entonces suelen quejarse muchos enfermos de suma debilidad, de laxitudes, y de estraordinario cansancio; algunos andan con dificultad, y su progresion es vacilante é incierta.

»Perturbaciones de la inteligencia.—Louyer-Villermay no menciona el desórden moral sino en el tercer grado de la afeccion, es decir, mucho tiempo despues de haberse manifestado las alteraciones de la vida nutritiva: sin embargo, reconoce que se manifiesta mas pronto, cuando la hipocondria es ocasionada por afecciones penosas del alma ó por meditaciones demasiado sostenidas (loc. cit., p. 347). Nosotros creemos, contra la opinion precedente, que la aberracion del espíritu y los desórdenes de la sensibilidad, se desarrollan antes que todos los

demas. Para demostrar Falret la verdad de esta asercion, ha analizado doce observaciones estraidas de la obra de Villermay, las que prueban claramente que los síntomas cerebrales son los primeros que aparecen, los únicos que son constantes y que presentan algun carácter de gravedad (ob. cit., p. 437-488). La esposicion de los síntomas siguientes acabará de convencer al lector de que la hipocondria es una verdadera aberracion de la inteligencia.

»El síntoma que nos parece mas notable, y que debe colocarse al frente de los demas, es la tendencia que tienen los hipocondriacos á ocuparse de su salud y de todas las sensaciones que esperimentan, atribuyéndoles un carácter de gravedad que se hallan muy lejos de tener. «De todas las facultades intelectuales, dice Villermay, la imaginacion es la que está constantemente mas comprometida y siempre de una manera simpática; pero no se crea que por hallarse afectada la imaginacion de estos enfermos, sean imaginarios la afeccion ó sufrimientos de que se quejan; pues sus males son efectivos, aunque exageran sus efectos, sus peligros, y añaden muchas veces á un síntoma morboso verdadero un temor exagerado ó quimérico. Alberti desecha la opinion de los médicos que creen hay algo de imaginario en esta enfermedad, y nosotros somos del mismo parecer» (*loc. cit.*, p. 254). Bajo este concepto conviene establecer distinciones importantes, que sin embargo no han hecho los autores. Ya en otro artículo (v. LOCURA) hemos estudiado las alucinaciones, é insistido mucho en las diferencias que hay entre la ilusion y la alucinacion, siendo necesario que las recuerde el lector para comprender lo que vamos á decir.

»Todos los sentidos pueden padecer alucinaciones hipocondriacas. Un enfermo oye muy distintamente hácia la parte posterior ó el vértice de su cabeza una voz que le habla (L. Villermay, ob. cit., p. 349); otro cree que su piel está escamosa como la de una carpa, y un tercero no quiere moverse porque ve á su alrededor un precipicio, ó padece alguna otra alucinacion del sentido de la vista. Ya hemos hablado de las que pertenecen al oido, diciendo que los hipocondriacos se figuran oir ruido de campanas, canto de pájaros y voces de hombres: iguales alucinaciones sufren el olfato y el gusto. Algunos enfermos aseguran que su cerebro está lleno de agua, vacío, duro y petroso. Nadie dudará que estos son signos no dudosos de un delirio parcial y de una aberracion evidente de la inteligencia.

»La alucinacion es un fenómeno cerebral, que se efectúa con independencia de los sentidos, y que consiste en una sensacion esterna que cree esperimentar el enfermo, aunque no obre en realidad sobre los órganos ningun agente esterior (v. el artículo LOCURA). Los hipocondriacos padecen estas alucinaciones en su mas alto grado. Unos se imaginan tener un cálculo en la vejiga, un feto en el útero, estar afectados de la rabia; otros afirman que les faltan ciertas vísceras, que son impotentes y padecen una enfermedad venérea: quién siente continuamente un olor desagradable, y quién esperimenta un tacto doble (Frank, *loc. cit.*, p. 109).

»Conviene distinguir bien la alucinacion de la ilusion; lo cual es importante en patologia, y mucho mas en el estudio de la hipocondria. La alucinacion procede de una concepcion cerebral delirante, siendo el cerebro el que produce el error, sin necesitar el concurso de los sentidos; mientras que este es necesario en las *ilusiones*. Se padecen alucinaciones de la vista, aunque esten completamente atrofiados los nervios ópticos, y las ilusiones de este mismo órgano solo se verifican cuando estan abiertos los ojos (art. LOCURA). En los hipocondriacos las ilusiones son mucho mas frecuentes que las alucinaciones, siendo el número y asiento de las primeras tan variado, que raya en lo imposible hacer de ellas un cuadro completo, é indicaremos únicamente las que se observan con mas frecuencia. Como ya hemos indicado, el hipocondriaco es juguete continuo de sus numerosas ilusiones, ocupándose continuamente en estudiar sus menores sensaciones y en seguir todas sus fases. Es tanto lo que se complace en esta ocupacion, que al despertarse procura recordar las diversas impresiones que ha esperimentado la víspera, y si no llega á conseguirlo, muy luego descubre otras su espíritu desazonado y movible. El que no haya hecho en sí mismo la minuciosa investigacion á que suele entregarse el hipocondriaco, difícilmente imaginaria la inmensa variedad de sensaciones y fenómenos, que esta incesante observacion puede hacer descubrir al que trate de analizar sus menores impresiones. Tal hipocondriaco, por ejemplo, que ha hablado con una persona que padece del estómago, ó que ha leido en los libros de medicina los síntomas propios de las enfermedades de esta víscera, se persuade al momento de que tiene en ella una inflamacion ó un cáncer; y las ilsi ones á que se somete ciegamente confirman mas y mas su opinion. En efecto, todas las mañanas examina su lengua, la que le parece estar blanca y sucia; siente peso en el epigastrio, que se forman algunos gases en el tubo digestivo, y que las evacuaciones ventrales son mas raras que de ordinario; no dudando ya que la afeccion gástrica ha producido alteraciones profundas. En vano trataremos de probarle que los escrementos son perfectamente naturales y que no hay motivo alguno que pueda inducirnos á creer que está afecto el estómago, pues procurará demostrarnos lo contrario; y hallándose desgraciadamente transformadas por su cerebro enfermo las sensaciones verdaderas en ilusiones funestas, muy luego encontrará en ellas la confirmacion de sus fatales ideas. Un poco de incomodidad epigástrica será para él un dolor lancinante; la distension gaseosa del estómago,

un tumor formado por el cáncer, y si las funciones gastro-intestinales llegan realmente á alterarse por la perniciosa influencia de la neurosis cerebral, interpretará todos los síntomas en favor de la enfermedad creada por su delirio.

»Veamos ahora otras ilusiones de los sentidos, no menos comunes que las precedentes. Movido un enfermo por la lectura ó solo por su imaginacion, á fijarse mas especialmente en los latidos del corazon y de las arterias, y absorto dias y meses en este estraño estudio, lleva continuamente la mano á estos órganos; le parecen sus latidos sumamente violentos, y cree que anuncian el desarrollo de un aneurisma. Si siente pulsaciones en el epigastrio, supone que padece un aneurisma de la arteria celiaca, é imagina que la carótida está afectada porque ha oido sus pulsaciones ó visto su diastole en el espejo, donde está mirándose continuamente. Con solo distraer á este pobre loco haciéndole viajar, apoderándonos por algunos dias de su inteligencia delirante, se consigue disipar como el humo estas enfermedades del sistema vascular que atormentaban su vida. J. J. Rousseau se imaginó, á fuerza de leer libros de medicina y de anatomía, que tenia un pólipo en el corazon; y bajo el imperio de esta idea se tornaron en otras tantas ilusiones las sensaciones verdaderas que esperimentaba; de modo que sus dudas se convirtieron en certidumbre, pareciéndole imposible desconocer esta grave afeccion. Con ánimo de curarla salió para Montpellier á consultar con Fizes; pero encontró en el camino á madama Larnage, que le hizo olvidar su pólipo, no volviéndolo á sentir hasta que llegó á aquel punto. Por entonces, relajado Rousseau por la vida sensual que pasaba con madama Warens, se habia vuelto hipocondriaco; mas tarde se hizo melancólico, y esta monomania le condujo, como todo el mundo sabe, al suicidio (*OEuvres completes de J. J. Rousseau*, por Mussel-Pathay, edic. de Dupont; *Confessions*, *Precis de la vie de J. J. Rousseau*, p. 590 y sig., en 8.º; París, 1824).

»Dubois de Amiens da el nombre de *monomania neumo-cardiaca* al conjunto de fenómenos que presentan los enfermos, que todo lo refieren á los sistemas circulatorio y respiratorio (*Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hysterie*, p. 175, en 8.º; París, 1833); es en efecto una verdadera monomanía, pues se ocupan de continuo los pacientes en esplorar los latidos del corazon ó los movimientos respiratorios; y á fuerza de observar la manera como se efectuan estos actos, creen hallar difícil su respiracion. La inervacion cerebral por otra parte acaba por influir en esta funcion, la cual se altera en realidad; manifiéstase disnea en estos enfermos, que temen respirar, y no tardan en venir fenómenos morbosos á reemplazar lo que no era en su principio mas que una simple ilusion. Se creen tísicos, se percuten el pecho, examinan atentamente sus esputos, y la menor cantidad de moco teñido por algunas estrías sanguíneas ó por materia negra, la tienen por un signo cierto de tisis. La dificultad imaginaria de su respiracion y los catarros que han padecido, se convierten en otras tantas pruebas irrecusables que invocan en apoyo de su opinion.

»Importa comprender bien el encadenamiento de los fenómenos para no esponerse á equivocar la verdadera causa de los accidentes que referimos. Hé aqui cómo se presentan en la mayoría de los casos: al principio se halla íntegra la funcion del órgano en que la inteligencia trastornada quiere por fuerza encontrar una afeccion, y en su estado normal las sensaciones latentes ó manifiestas que suministra el órgano que se supone estar enfermo. Estas sensaciones se convierten para el paciente en otras tantas ilusiones; trasformacion debida al trastorno primitivo del sensorio comun. Por ultimo, la influencia prolongada del trastorno de la inervacion central altera las funciones del órgano que se habia conservado sano hasta entonces, y sobrevienen fenómenos morbosos, que pueden consistir primitivamente en una simple lesion de las funciones, pero que mas tarde son debidos á una lesion material que no puede desconocerse. Preciso era esponer una vez para siempre esta sucesion de accidentes, que se observan tambien en todos los demas aparatos de que nos falta hablar.

»Despues del estómago, el tubo digestivo, el corazon, el pulmon y las arterias, los órganos que suelen tambien atraer la atencion de los hipocondriacos son los genito-urinarios y el cerebro. Unos se quejan de un dolor vago en toda la cabeza, una especie de vacío que podria llamarse *embriaguez hipocondriaca* (L. Villermay, ob. cit., t. I, p. 352); otros de un peso habitual, y de los diferentes ruidos de que hemos hablado mas arriba. La mayor parte de estos desgraciados convierten sus alucinaciones é ilusiones en síntomas de enfermedades, creyéndose amenazados de un ataque de apoplegia, temiendo volverse locos; pierden la memoria, la vista, el oido, etc. (*monomanía encefálica*, Dubois, ob. cit.) Algunos creen ver un depósito rojizo en sus orinas, las conservan cuidadosamente, las examinan todo el dia, se las enseñan al médico, y le aseguran que ofrecen signos del mal de piedra, y otros estan seguros de tener un cálculo en la vejiga, porque forman sedimento sus orinas, las escretan á cada instante, y sienten peso en el periné, escozor en la estremidad del miembro, etc. Si se les sonda y nada se encuentra en su vejiga, no por eso dejan de creerse afectados de cálculo, hasta que otra idea tan loca como la primera venga á reemplazarla. J. Frank refiere, que preguntando un médico á un enfermo quién era el que le juzgaba calculoso, respondió con indignacion: yo mismo; y nadie pudo hacerle abandonar esta opinion (loc. cit., p. 109). Tiene un hipocondriaco algunas poluciones nocturnas, depositando su orina un moco blan-

quecino; y al instante ve en estos fenómenos, harto comunes, signos indudables de la enfermedad que se designa con el nombre de *pérdidas seminales*, sin que se le pueda disuadir de esta fatal idea. Otros estan convencidos de que son impotentes, cuyo pensamiento los acosa sin cesar, dominándolos hasta el punto, que los órganos genitales se afectan momentáneamente de atonia. Si se consigue distraer al enfermo de esta funesta idea por un tratamiento apropiado, recobra sus facultades generadoras, que muchas veces no le han abandonado un solo instante. Los individuos que padecen esta especie de hipocondria, atentan en ocasiones contra su vida; como le sucedió á un hombre cuyos testículos se habian quedado en el abdomen, lo que le indujo á creerse impotente (Falret, artículo HYPOCHONDRIE, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 26).

»Otra variedad muy comun de la hipocondria, es la que induce á los enfermos á juzgarse afectados de enfermedades sifilíticas, quejándose unas veces de una simple purgacion, y otras de afecciones mas graves. Louyer-Villermay habla de una señora hipocondriaca, que tomó por síntomas sifilíticos los restos del himen y las carúnculas mirtiformes (ob. cit., tomo I, p. 361). Otra, dominada igualmente por la misma ilusion, atribuia á la sífilis unos dolores de cabeza y ciertas escoriaciones de la lengua, que habia provocado una operacion reciente practicada en la dentadura, habiéndole costado mucho trabajo á Villermay el convencerla del origen de los accidentes (loc. cit., página 362). Estos hipocondriacos sifilífobos creen muchas veces que su pretendida enfermedad es congénita ó procedente de una afeccion que han padecido quince ó veinte años antes; y no les faltan razones en que apoyar su opinion, pues todos los dolores de los miembros ó de cabeza son para ellos osteocopos; las manchas de la piel, cobrizas; la caida de sus cabellos una alopecia venérea, etc. Hay otros que se imaginan afectados de sarna y herpes, aunque no tengan el menor vestigio de estas lesiones.

»Otros hay que habiendo sido mordidos por un perro, se imaginan tener todos los síntomas de la rabia en las mas ligeras sensaciones que esperimentan; examinan sin cesar la herida, y aunque esté perfectamente cicatrizada, les parece mas roja é inyectada; sienten en ella escozor y comezon, y no dudan que va á abrirse. Creen tener infartadas las glándulas axilares, sensibles los vasos linfáticos del brazo, y aun puede suceder que se manifieste la hidrofobia. J. Frank dice, que en el otoño de 1815, murió de hidrofobia en su clínica un hidalgo que habia sido mordido por un lobo rabioso y añade: «Un su pariente hipocondriaco, que le habia asistido en su enfermedad, empezó al instante á cobrar horror al agua, diciendo que nada habia que esperar, que padecia el mismo mal. Se le administró una dosis alta de opio, y un sueño de muchas horas calmó su imaginacion» (loc. cit., p. 109). Dubois de Amiens menciona tambien esta variedad de la hipocondria, á la que llama *monomania hidrofóbica*; pero no tiene razon en decir «que ni aun se la encuentra mencionada en las opiniones emitidas por los autores sobre la historia de las afecciones hipocondriacas» (loc. cit., p. 332). Dubois refiere otros hechos curiosos tomados de diversas obras, que demuestran que el temor exagerado puede determinar en las personas mordidas por perros no rabiosos la mayor parte de los síntomas de la rabia (p. 233 y siguientes).

»Obsérvanse hipocondriacos que estan persuadidos de que les es imposible todo movimiento, por la profunda debilidad que se imaginan tener. Dubois habla de una hipocondria en la que «la memoria del pais natal imprime á todas las ideas del enfermo y al curso mismo de la afeccion física, un sello especial muy notable» (*monomania nostálgica*, ob. cit., p. 236). Esta forma es rara, y aun puede considerarse mas bien como una complicacion. Seria nunca acabar si quisieramos referir todas las creaciones quiméricas á que dan lugar las alucinaciones é ilusiones hipocondriacas.

»Desnaturalizando asi los enfermos sus sensaciones, fijan el asiento de su enfermedad en todos los órganos, y si el estómago, el corazon, ó el pulmon son los que eligen con preferencia, es en razon de ser mas fácil el estudio de los fenómenos que les pertenecen. Efectivamente, pueden los enfermos esplorar los alimentos, las materias fecales, las orinas, *observar* su digestion, tocar su estómago y vientre, contar los latidos del pulso y medir la estension de los del corazon. Por lo demas, ya hemos dicho que varia mucho el órgano en que el hipocondriaco establece su enfermedad de predileccion, en lo cual influyen circunstancias muy diferentes. Cuando daba Corvisart sus brillantes lecciones, gran número de estudiantes de medicina se creyeron afectados de enfermedades del corazon, y mas adelante eligieron los hipocondriacos la gastritis y la tisis pulmonal. En el *Tratado de las gastralgias* de Barras se ve cuantos hipocondriacos ha tratado este apreciable autor, que creian padecer una gastritis. La doctrina médica que entonces reinaba, esplica esta preferencia de las enfermedades imaginarias. Los cursantes en medicina, precisados á leer continuamente las obras que tratan de las enfermedades y á oir las animadas descripciones que hacen de ellas los profesores, estan espuestos á hacerse hipocondriacos al principio de sus estudios; pero despues, ilustrándose su razon y consolidándose mas su juicio, desechan todos los temores quiméricos que turbaban su reposo. Por lo que hace á las demas personas, las circunstancias que deciden de la naturaleza y asiento de la enfermedad de que se quejan, son las conversaciones que tienen con otros individuos que les cuentan sus males ó que padecen la misma afeccion, la lectura de

las obras de medicina, ó en fin, las palabras imprudentes ó interesadas de los médicos. Por lo demas la movilidad de su espíritu no les permite fijarse mucho tiempo en una misma idea: algunas veces dura muy poco su monomania, quejándose sucesivamente del corazon, del pulmon y del cerebro; hasta que en ocasiones recorren asi unas en pos de otras todas las enfermedades conocidas.

»Acabamos de ver que uno de los caractéres mas notables de la hipocondria, es la eleccion que hacen los pacientes de una enfermedad casi siempre mortal; y la circunstancia de que una vez fijas en un punto sus alucinaciones é ilusiones, se concentran todas sus facultades en esta afeccion, y desde entonces todo converge hácia ella. Pero otro carácter tambien no menos marcado de esta monomania es, que los mismos enfermos que suponen una enfermedad que no existe, temen mucho los sufrimientos y la muerte, y procuran curarse por todos los medios posibles, leyendo libros de medicina para buscar algun remedio. El deseo que tienen de ponerse buenos los induce á consultar al médico á cada instante; depositan en él una confianza sin límites; lo escuchan y observan con escrupulosa atencion; se someten ciegamente por algun tiempo á todas sus prescripciones aunque sean dolorosas; las observan rigurosamente, y exigen que se indique todo con la mas minuciosa exactitud, las horas á que deben tomar los remedios, su modo de preparacion, el género y la cantidad de los alimentos y de las bebidas. Consideran como un crímen en las personas que los asisten cualquier olvido de la mas pequeña parte de la prescripcion. Pero comunmente no dura mucho este respeto al médico; pues si no se curan bastante pronto ó no se alivian con la medicacion que se les dispone, dejan el que tenian y buscan otro. En realidad no suelen tener confianza alguna en su facultativo, y siguen los consejos de las viejas, de los magnetizadores, y de toda especie de charlatanes, con tanto esmero como los de los hombres ilustres que han adquirido reputacion en su arte. Sin embargo, el hipocondriaco llama por lo comun al médico que se ha consagrado al estudio de tal ó cual enfermedad: cuando cree estar enfermo de venéreo, busca al que se ocupe de una manera especial del tratamiento de la sífilis; y segun recaiga su monomania en enfermedades de la piel, de pecho, del corazon, etc., irá llamando de puerta en puerta, creyendo siempre encontrar el remedio que debe terminar sus padecimientos. De este modo se ven enfermos que toman el parecer de todos los médicos de una gran ciudad, y hacen despues viages por diversos paises de Europa, buscando continuamente el que ha de curarlos.

»Los hipocondriacos se conocen tambien en su lenguaje. Pintan con los colores mas vivos los sufrimientos que padecen, llevando las espresiones con que describen su enfermedad el sello de la exageracion ó de una falsedad evidente. «Mi cuerpo es un horno ardiendo, escribia un hipocondriaco á Louyer-Villermay; mis nervios carbones abrasados, y mi sangre aceite hirviendo» (loc. cit., p. 356). La narracion que hacen de sus males prueba muchas veces una aberracion intelectual indudable: unos aseguran que su cabeza está vacía, y otros que tienen la piel cubierta de escamas. Se ha dicho que la enfermedad y los sufrimientos de que se quejan los hipocondriacos no eran imaginarios; de cuya opinion participan Alberti y Louyer-Villermay. Mas á nuestro parecer no es fundada, porque en efecto las alucinaciones é ilusiones que padecen los locos dependen de la concepcion delirante, son imaginarias; es decir, que no tienen su razon de existencia en el mundo esterior, ni por lo tanto en las sensaciones: lo mismo sucede con las ilusiones y alucinaciones de esa otra especie de locos llamados hipocondriacos. ¿Quién podrá sostener la opinion contraria, cuando muchos de estos enfermos forjan afecciones sin tener ni uno solo de sus síntomas?

»Los individuos afectados de hipocondria tienen tendencia á ocuparse de medicina, leen las obras de esta ciencia, y gustan conversar con los profesores de ella ó con personas que no la conocen. Buscan sugetos que quieran escucharlos la larga descripcion que hacen continuamente de los males que han padecido ó padecen. Cuando hablan con un médico, le refieren cuanto les ha pasado desde que nacieron, no omiten la circunstancia mas insignificante, y hasta escudriñan edades remotas para buscar en su familia el orígen de sus enfermedades. El que no les escucha con estremada paciencia, pierde su confianza, y nunca perdonan al que les hace entender que son hipocondriacos. No hay razon en efecto para considerar como enfermos imaginarios, es decir, como personas que no estan malas, á estos individuos; porque su afeccion es por desgracia demasiado real, y aunque consiste en una aberracion de las facultades intelectuales, no por eso deja de ser una enfermedad muy séria, que reclama, como la locura ó cualquier otra afeccion bien caracterizada, un tratamiento higiénico y farmacéutico.

»Las funciones cerebrales de los hipocondriacos se alteran en un grado muy alto. Algunos conservan mucho tiempo toda la integridad y fuerza de su inteligencia, pudiéndose dedicar con la misma actividad y acierto á sus ocupaciones habituales; pero cuando fijan la atencion en su salud, dejan de tener sus juicios su rectitud natural. Otros caen desde el principio en un colapso cerebral, que no les permite continuar la menor ocupacion sin que sientan dolores y aturdimientos que les obligan á suspenderla inmediatamente; pero este aniquilamiento de las facultades mas preciosas del espíritu sobreviene por lo comun en una época y grado avanzados del mal. En algunos individuos

estan escitadas las facultades mentales en vez de existir colapso. «La exaltacion de las ideas es algunas veces tan pronunciada, dice Louyer-Villermay, que hace temer el desarrollo de la mania delirante, y está próxima á ella hasta cierto punto; sin embargo, hemos visto muchas veces esta efervescencia mental sin que haya producido semejante resultado, lo que nos induce á creer que es bastante raro.» (loc cit., p. 357).

»El carácter de los hipocondriacos cambia tambien de una manera notable. Se ponen tristes y melancólicos, huyen de la sociedad para meditar mas cómodamente sobre su situacion y enfermedades; ó bien si no lo hacen, es por buscar personas á quienes contar sus dolores é infortunios. Algunos no quieren ver absolutamente mas que á su médico, y les son molestas todas las distracciones que se les proporcionan, sin que puedan ocuparlos un solo instante. La tendencia que tienen los hipocondriacos á separarse de las gentes, depende en parte del temor que les acompaña de ser considerados como visionarios y enfermos imaginarios. Esta idea los entristece, y si se les llega á hacer semejante cargo, conducta á la verdad infundada y que no puede aconsejar un verdadero médico, se desesperan y caen en un paroxismo de hipocondria que dura á veces muchos dias.

»Los hipocondriacos son unos egoistas dominados sin cesar por el amor de sí propios y el instinto de su conservacion. «Tal es el temor que tienen á los sufrimientos, y son tan pusilánimes, dice Georget, que casi nunca hacen tentativas formales de suicidio» (art. HIPOCONDRIA, *Dic. de med.*, 2.ª edic., p. 124). Hablan continuamente de sus padecimientos, diciendo que no podrán resistirlos; sin embargo, no ha habido tal vez un verdadero hipocondriaco que haya llegado á suicidarse; circunstancia que puede tambien distinguir á tales enfermos de los que padecen el esplin ó monomania suicida.

»Su carácter ofrece las rarezas mas estrañas, y aun deben considerarse como locuras algunos actos que cometen. «Se ha visto un enfermo que destinó un cuarto para depositar únicamente las vasijas en que orinaba, de las que habia reunido una coleccion muy numerosa, teniendo una para cada dia de la semana, y pasándoles á todas revista en este museo de nueva invencion» (Louyer-Villermay, loc. cit., p. 357). Creyéndose otro amenazado sin cesar de una fiebre biliosa, probaba todos los dias sus materias fecales (J. Franck, loc. cit., página 109). En los confines de la Lituania habitaba un hipocondriaco, que iba todas las mañanas á ver á su médico que vivia en Prusia, y le enseñaba gran número de vasijas que contenian los escrementos. Este hecho lo refiere J. Franck, quien dice tambien haber conocido en Viena otro enfermo, que mascaba sus alimentos tragando solo su estracto, y guardando el residuo para presentárselo á su médico á fin de que lo examinase (ob. y p. cit.) Nadie puede negar que todas estas acciones estravagantes provienen de delirio. Otras veces estan los enfermos muchos meses seguidos en la cama, de la que no les hacen salir las mas fuertes amonestaciones; ó bien se imaginan que su enfermedad depende de hallarse suspendida la traspiracion, y se cargan de ropa para provocar el sudor. Hemos conocido un hipocondriaco, dotado de una constitucion fuerte, que llegó á enflaquecer en alto grado por haber estado sudando muchos meses. Algunos estan siempre en la oscuridad, creyendo que les hace daño la luz. No siempre se observan actos tan estravagantes como los que acabamos de enumerar; siendo solo la conducta la que ofrece constantemente particularidades muy notables. Los hipocondriacos arreglan con una minuciosidad estremada sus comidas, la cantidad y calidad de los alimentos que deben tomar, y como el enfermo imaginario de quien traza un vivo retrato el mas célebre actor cómico francés, se enteran del número de granos de sal que deben echar en los huevos, preguntan la direccion en que deben pasearse, acabando con la paciencia de las personas que les rodean y del mismo médico, que aburrido de sus eternos lamentos, desconoce muchas veces las lesiones orgánicas que al cabo se manifiestan.

»La sensibilidad y la motilidad no se exaltan por lo comun sino en una época avanzada del mal; sin embargo, en las personas nerviosas ó vivamente conmovidas por el temor de una enfermedad mortal, sobreviene muy pronto una hiperestesia general, poniéndose sensible y dolorosa toda la superficie de su piel. El frio, el calor, las variaciones de temperatura, los vientos y las tempestades, impresionan fuertemente á la mayor parte de los hipocondriacos, redoblándose entonces sus quejidos y sus padecimientos. Algunos esperimentan dolores vagos y movibles, bien diferentes del clavo histérico, que se fijan en diversos puntos del cuerpo, y á veces simulan á los reumáticos, venéreos ó escorbúticos. Ya hemos hablado de los variados fenómenos que produce la perversion de la sensibilidad, la que rara vez llega al punto que ofrece en el histerismo.

»Louyer-Villermay dice haber asistido á un hombre que esperimentaba una debilidad muy grande con una especie de adormecimiento de todo el lado derecho, y cuando se acostaba sobre el izquierdo, sentia el adormecimiento en el brazo y pierna de este lado, disipándose en el opuesto (loc. cit., p. 243). Aqui no habia mas sin duda alguna que una simple perversion de la sensibilidad y del movimiento, y no una verdadera paralisis. Esta no ha llegado á notarse como síntoma de la hipocondria á no ser en los casos de complicacion. J. Franck ha observado una sensacion de hormigueo en la piel, y saltos de los tendones y de los músculos del abdomen y de otras partes (loc. cit., p. 108).

»*Síntomas procedentes de los órganos de la*

digestion.—Despues de los fenómenos morales que son los primeros que aparecen, aunque en diferentes grados, no tardan en observarse las alteraciones de las funciones digestivas. Es inútil reproducir aqui las razones que hemos tenido para empezar la sintomatologia por las perturbaciones de la inteligencia y de la sensibilidad. Solo recordaremos que Falret, Georget y mas recientemente Dubois (de Amiens), han demostrado que las alteraciones funcionales de las vísceras del abdomen eran solo secundarias, simpáticas y poco constantes. Mucho antes que estos autores, se habia esforzado Cullen en probar que los fenómenos de dispepsia pueden combinarse con los que provienen del sistema nervioso, pero que en rigor no pertenecen á la enfermedad.

»Las alteraciones de las funciones digestivas de que vamos á hablar, resultan de una simple neurosis de los órganos que las desempeñan. Estas perturbaciones son tan poco marcadas al principio, que algunos autores, entre otros Dubois, las colocan en el segundo período de la enfermedad (ob. cit., p. 157). Louyer-Villermay por el contrario, las incluye entre los síntomas del primer grado. «El trastorno de las funciones digestivas, cuya lesion es en general lenta al principio y acompañada de desazon, marca el primer grado de la hipocondria; y entre un número considerable de personas atacadas de esta neurosis que hemos podido observar en el espacio de veinte años, apenas hemos visto tres ó cuatro individuos que no hayan presentado este desórden primitivo del estómago y de los intestinos, ó de los demas órganos que contribuyen á la digestion» (loc. cit., p. 331). Falret y Georget dicen por el contrario, que los primeros síntomas que se presentan son los que corresponden á la perturbacion de la inteligencia. Por lo que hace á nosotros, creemos, despues de haber leido con atencion los hechos referidos por los autores, que esta es la opinion que debe adoptarse, observando sin embargo, que los síntomas gastrálgicos tienen muchas veces desde el principio una intensidad notable, porque el enfermo, dominado ya por la aberracion de sus facultades intelectuales, fija toda su atencion en la manera como se verifican las digestiones.

»Creemos con Dubois, que si los síntomas gástricos han parecido predominantes á gran número de autores, «es porque la serie de órganos que llama primero en cierto modo la atencion y el exámen de un hombre predispuesto á la hipocondria, es sin contradiccion la del aparato digestivo... y muy luego se hace la digestion, con todos sus accesorios, el objeto de la principal atencion de los hipocondriacos» (ob. cit., p. 164). Llevan una cuenta exacta de la cantidad y naturaleza de los alimentos que toman; siguen con ansiedad los diversos efectos que estos producen; observan cómo se digieren, y ya se deja inferir que la concentracion viciosa de la inervacion cerebral en un órgano cuyas funciones no estan vigiladas de tal modo en el estado normal, debe al fin producir desórdenes mas ó menos numerosos. Parece hasta cierto punto que los enfermos solo piensan en su estómago; escede la sensibilidad de esta víscera de su estado normal; se pervierte al mismo tiempo, y se manifiestan entonces la mayor parte de los fenómenos de la gastralgia.

»La digestion, que al principio es lenta y difícil (dispepsia), se acompaña muy luego de una sensacion de incomodidad y tension epigástricas, que se estiende tambien á los hipocondrios y á las partes laterales del torax. Se desarrolla en el estómago y en los intestinos una secrecion gaseosa, que produce eructos ácidos, borborigmos, calambres y una hinchazon del vientre que incomoda mucho al enfermo. El apetito es generalmente bueno y normal al principio, aunque á veces sin embargo se disminuye; mas adelante se hace irregular y se pervierte, observándose entonces los fenómenos conocidos con los nombres de *pica*, *malacia* y *bulimia* (Louyer-Villermay). La lengua en algunos enfermos se cubre de una capa mas ó menos densa; la boca está pastosa, desabrida ó amarga, llenándose de saliva ó de mucosidades tenaces ó ácidas; la sed es comunmente nula, y en ciertos casos sobrevienen vómitos de materias mucosas, dulces ó ácidas, y rara vez de sustancias alimenticias. Louyer-Villermay dice, que el aliento es variable, siendo puro sin alteracion en unos, agrio y fétido en otros. El estreñimiento es un síntoma muy frecuente en esta enfermedad; las materias fecales son duras, parduscas y pálidas, cuando disminuye ó se suprime la secrecion biliaria. Este médico cita ejemplos de hipocondriacos en quienes fue muy prolongado el estreñimiento, habiendo durado en uno por espacio de dos meses (p. 335). Habla tambien de diarrea, que alternaba con el estreñimiento en varios enfermos; pero entonces existia indudablemente alguna complicacion. Los hipocondriacos fijan comunmente su atencion en la naturaleza y cantidad de las materias que escretan; y casi se les puede reconocer por lo mucho que insisten en que el médico esplore con el mayor cuidado las evacuaciones alvinas. Las ventosidades y los borborigmos son tambien para estos enfermos un objeto continuo de queja. Algunas veces es muy considerable la cantidad de gases que contiene su tubo digestivo, y cuando llegan á abrirse paso por cualquiera de las vias naturales, esperimentan los pacientes un alivio considerable; así es, que no cesan de repetir que estos gases son la causa de su enfermedad, y reclaman con instancias remedios para espelerlos, afirmando que se curarán infaliblemente si llegan á conseguirlo (v. Gastralgia).

»Todos los síntomas que acabamos de describir pertenecen manifiestamente á una gastro-enteralgia; es decir, á una neurosis simpática de la que existe en el mismo cerebro. A esto añadiremos, que puede suceder, pero no

con tanta frecuencia como se ha dicho, que el desórden nervioso del tubo digestivo determine una alteracion mas ó menos marcada en la testura de este órgano. Así es como pueden esplicarse las alteraciones que dicen los autores haber encontrado en los intestinos de algunos hipocondriacos; pues se sabe hoy que una simple perturbacion funcional es susceptible de modificar patológicamente la estructura de las partes que constituyen nuestros órganos, cuando se prolonga mucho tiempo. La hipocondria es precisamente una de estas afecciones, en que los trastornos nerviosos son muy intensos, persistiendo con estremada rebeldía.

»La orina es á veces sumamente diáfana, y se escreta en abundancia, lo mismo que sucede en las neurosis, como por ejemplo en el histerismo (Sidenham, Hoffmann, Cheyne). En otros casos es espesa, sedimentosa, con ó sin película, irisada en su superficie. La diabetes que suele observarse en algunos enfermos, es mas bien una complicacion que un síntoma de la enfermedad. Las orinas se escretan á veces con dolor y dificultad: cuando semejantes fenómenos no son puramente nerviosos ni dependen de una lesion vesical, es preciso considerarlo como complicaciones producidas por el trastorno de la inervacion.

»*Síntomas que suministran las funciones circulatorias y respiratorias.* — El corazon es uno de los órganos cuyas funciones estan con mas frecuencia alteradas, y tiene ademas el fatal privilegio de llamar la atencion de los hipocondriacos, que se ocupan sin cesar en medir la fuerza y estension de sus latidos, no tardando mucho en sentir palpitaciones frecuentes que les impiden acostarse del lado izquierdo, é interrumpen su sueño. Fácil es calcular cuántos desórdenes pueden manifestarse ademas en la circulacion central, cuando asustados los enfermos de sus palpitaciones, é imaginándose que tienen un aneurisma, un pólipo, etc., pasan los dias enteros en observarse. Estas palpitaciones, puramente nerviosas, cesan con el ejercicio, una buena alimentacion y distracciones capaces de cambiar la série de ideas á que se halla entregado el enfermo continuamente. A veces suelen observarse irregularidades, intermitencias ó síncopes (Louyer-Villermay).

»El trastorno de la circulacion arterial no es menos considerable, pues sienten los individuos latidos fuertes y enérgicos, que comparan á martillazos, en gran número de arterias, particularmente en el tronco celiaco, las carótidas y la aorta torácica; latidos acompañados de fenómenos muy incómodos La region epigástrica, distendida por los gases, se eleva mucho con las pulsaciones de las arterias del tronco celiaco y de la aorta ventral. Estas pulsaciones, que se han tomado á veces equivocadamente por aneurismas, se presentan tambien en el histerismo y en las afecciones acompañadas de síntomas nerviosos. Los hipocondriacos se hallan especialmente molestados por ruidos de toda especie, producidos por la vibracion espasmódica de las arterias cerebrales, y que consisten, ora en un silbido muy fino, en latidos fuertes, ora en un murmullo, en un zumbido grave y sordo, en detonaciones, etc. Los individuos oyen especialmente estos diversos ruidos, cuando estando acostados y observando todo lo que pasa en su sistema circulatorio, caen en una escitacion nerviosa que exagera y pervierte los menores fenómenos.

»La neurosis del corazon se manifiesta tambien por lipotimias, y por la suspension ó irregularidad de los latidos del corazon y de las arterias; de donde resultan las intermitencias y el desórden que se observan en la circulacion central y arterial, y que se reproducen y desaparecen bajo la influencia de las emociones variadas que acosan al hipocondriaco. En algunos individuos estan suspendidas las pulsaciones de la arteria radial en uno ó en ambos lados. «He visto, dice Louyer-Villermay, entre otros ejemplos, una señora hipocondriaca, en cuya arteria radial no se encontraba á veces ningun latido en tres ó cuatro horas, volviéndose á sentir el pulso al cabo de este tiempo, pero siempre de un modo muy débil» (p. 340). El pulso en esta enfermedad es muy variable, lo cual constituye precisamente el mejor de sus caractéres. Ora es regular, medianamente fuerte, y al cabo de algunas horas, irregular, duro y pequeño; ora intermitente, fuerte y dilatado, y ora, en fin, se hace débil el diastole y no parece pertenecer al individuo que se esploraba pocos minutos antes. Estas singulares variaciones se esplican por el estado físico y moral en que se encuentran los hipocondriacos.

»Tambien la respiracion, aunque se altera mas rara vez que la funcion precedente, puede participar de los desórdenes que se observan en otros aparatos. En muchos individuos hay dolores vagos en el pecho, ó puntos doloridos en la espalda y en el trayecto de los nervios intercostales, opresion y disnea, sobre todo al manifestarse el paroxismo. El enfermo de quien habla Louyer-Villermay, no podia andar á un paso regular sin detenerse para hacer inspiraciones mas completas. La respiracion es frecuente é irregular por intervalos, carácter que se presenta muchas veces cuando interrogando el médico al enfermo, le refiere este con ansiedad y exageracion sus padecimientos. Suele esta funcion recobrar su tipo normal si el individuo deja de pensar en sus dolencias. Louyer-Villermay menciona la tos entre los síntomas de la hipocondria. Los esputos son puramente mucosos é insignificantes, aunque á los enfermos les parecen signos de tisis, de catarro ó de asma. Todos los fenómenos de esta especie que corresponden á las vias respiratorias, proceden de la neurosis que padecen estos órganos simpáticamente. Si á veces se encuentran en los enfermos alteraciones propias de la tisis pulmonal, no por eso debe deducir-

se, á nuestro parecer, que la neurosis de los pulmones pueda ocasionar por sí sola una afeccion de esta naturaleza; pues para ello ha de necesitarse una predisposicion bien marcada.

»En los hipocondriacos suelen observarse frecuentes anomalías de la calorificacion: sienten bocanadas de calor que les suben á la cara, alternativas de calor, frio y sudor; sus estremidades tienen tendencia á enfriarse, sobre todo en el instante en que se concentran las fuerzas hácia el sistema nervioso central, y la piel, ora está seca y quemante, ora fresca y cubierta de una humedad natural.

»La nutricion se conserva mucho tiempo normal. La cara puede espresar la inquietud y la tristeza; pero no por eso deja de presentar el color y robustez de la salud mas completa. Tampoco se observa enflaquecimiento alguno en las demas partes del cuerpo, á menos que el enfermo, por efecto de sus ideas sobre la naturaleza del mal, no haya guardado una dieta rigurosa que haya producido grandes desórdenes en la nutricion general. Es preciso, pues, no negarse, como hacen algunos, á creer en la enfermedad de los hipocondriacos, porque su color y su robustez ordinaria contrasten con sus continuas quejas y lamentos. Por lo demas la nutricion, como las demas funciones sustraidas en parte á la inervacion cerebral, se altera al cabo bajo la influencia de la neurosis, que propende sin cesar á generalizarse. Los enfermos que mas deliran caen en una especie de consuncion nerviosa, y mueren aniquilados por una verdadera fiebre de este carácter; pero estos casos son raros.

»Mercurial asegura, que los hipocondriacos se entregan con vehemencia á los placeres del amor, cuya opinion adopta Frank (loc. cit., p. 110), pero no está generalmente admitida por los autores que han escrito de la afeccion hipocondriaca. La menstruacion ofrece las mismas irregularidades que las demas funciones (Falret, loc. cit., p. 343). En algunas mujeres se trastorna y suprime, y en otras se hace mas abundante. La leucorrea apenas se manifiesta mas que en los casos en que las funciones gástricas ó genitales se hallan muy alteradas. J. Frank habla de poluciones nocturnas (loc. cit., p. 110).

»Se ha dado mucha importancia al estudio de las hemorroides, que dicen ser bastante frecuentes en esta enfermedad, atribuyendo á la supresion ó disminucion del flujo sanguíneo que se efectua por estos tumores el desarrollo del mal. Mas adelante trataremos de esta cuestion; bástenos decir por ahora, que las hemorroides, que tanto llaman la atencion de los hipocondriacos, son producidas por el estreñimiento pertinaz que suelen padecer los enfermos, ó por otras causas puramente accidentales.

»Curso.—No debe olvidar el lector que la hipocondria es una neurosis cerebral que propende continuamente á producir neurosis en los demas órganos, cuyas afecciones siendo como son puramente simpáticas y consecutivas á la primera, presentarán, como todas las enfermedades de su clase, variaciones considerables en su intensidad y en su modo de aparicion: ora será poco marcado el desórden de las funciones cerebrales, manifestándose en cambio muy pronto las neurosis gástrica, cardiaca, pulmonal, etc.; ora predominarán los actos irracionales y las palabras insensatas. Así se esplican las numerosas contradicciones que se encuentran en los autores, que unos empiezan el estudio de los síntomas por los que proceden del estómago, y otros por los fenómenos que ocasiona el cerebro. Ya hemos dicho que estos son casi siempre los primeros que se manifiestan, al referir detenidamente los síntomas que vamos ahora á reasumir en breves palabras.

»Villermay divide los fenómenos de la enfermedad en tres épocas. En la primera coloca los accidentes nerviosos que produce la gastro-enteralgia, y algunos fenómenos que dependen de la circulacion; en la segunda figuran los síntomas de la neurosis pulmonal, del sistema vascular sanguíneo (palpitaciones, latidos arteriales, etc.), y las modificaciones que empiezan á esperimentar la sensibilidad general ó parcial y la motilidad; todos los cuales son, en sentir de este médico, otros tantos fenómenos simpáticos de la afeccion primitiva, que refiere al tubo digestivo. En la tercera, se observan todos los desórdenes del sistema nervioso, por los que hemos empezado nuestra descripcion, como las perturbaciones de la inteligencia, de la sensibilidad y motilidad. Villermay, como él mismo confiesa, ha procurado describir el mal por la sucesion progresiva de los síntomas, mas bien que por su intensidad relativa (loc. cit., p. 331). Ya hemos probado que su esposicion no está en armonía con la observacion escrupulosa de los hechos. La mayor parte de los autores se contentan con copiar la division de Villermay: otros no siguen ningun órden, reinando en sus obras mucha confusion.

»Sirviéndose Falret de las observaciones consignadas en el libro de Villermay, ha demostrado que el órden con que se suceden los síntomas en tal enfermedad es precisamente opuesto al que adoptó este médico; que el encéfalo es el que primitivamente se afecta, y que los demas fenómenos son simpáticos, manifestándose tan solo consecutivamente á los primeros (ob. cit., p. 410, y art. cit. del *Dic. de méd. et de chir. prat.*, p. 251). Falret tiene el mérito incontestable de haber sido el primero que difundió alguna luz en la sintomatologia confusa de los autores, y ordenó de una manera metódica y perfectamente natural todos los síntomas de la hipocondria. Georget considera igualmente al cerebro como el punto de partida de la enfermedad; pero no indica bastante la sucesion de los fenómenos en su artículo consagrado al estudio de la afeccion que nos ocu-

pa (*Dict. de méd.*, primera y segunda edicion).

»Duboìs, que sostiene igualmente la opinion de Falret y Georget, y se conforma con la descripcion que hacen estos, distingue tambien tres períodos en la hipocondria: el primero comprende las perturbaciones de la inteligencia y los desórdenes incipientes de las demas vísceras; el segundo está caracterizado por las neurosis de diversos órganos, especialmente del tubo digestivo, del corazon y del aparato respiratorio; y en el tercero coloca las alteraciones que pueden sobrevenir en las diferentes vísceras á consecuencia de los fenómenos nerviosos que sufren. Es una ley reconocida en patologia, que cuando un órgano ha padecido mucho tiempo una simple neurosis, puede acabar por alterarse en su estructura; en una palabra, que despues de haber sido la lesion puramente funcional, se hace á veces material; pero la inflamacion del estómago, la hipertrofia del corazon y la tisis del pulmon, no deben considerarse como el último período de la hipocondria, y creemos firmemente que pocos médicos admitirán con Dubois esta última fase del mal; pues semejantes alteraciones no son bastante constantes, para que se las deba considerar bajo este punto de vista, y solo pueden constituir terminaciones posibles ó complicaciones de la hipocondria. Por otra parte, como los individuos que padecen esta enfermedad presentan alteraciones funcionales en casi todas las vísceras, sin que haya una parte del cuerpo que no se halle afectada de neurosis, es muy natural que sucumban con mas frecuencia que otros á enfermedades intercurrentes de alguna víscera.

»Sea lo que quiera de estas divisiones mas ó menos sistemáticas, reconocemos que la hipocondria sigue un curso cuyas fases es posible determinar, y creemos que no debe decirse con Villermay que varía «segun los diferentes individuos, y en una misma persona, segun las diversas épocas del año, el período de la vesania y su estado de moderacion habitual ó de exacerbacion; muchas veces es diferente de un mes, de un dia y de un instante á otro, exasperándose frecuentemente en las mujeres con la aparicion de las reglas, y sobre todo en la época crítica y aun despues de ella» (loc. cit., p. 368). Por lo demas, hé aqui en resúmen el curso que sigue comunmente la hipocondria y el encadenamiento de sus síntomas: perturbacion mental; abriga el enfermo temores continuos sobre su salud, estudia y analiza sus menores padecimientos, y busca sin cesar remedios y personas que deban curarlo. Los tres caractéres mejores de la vesania que estudiamos son, los terrores pánicos que inspira al hipocondriaco su salud, la exageracion de los síntomas, y su solicitud en investigar el tratamiento que debe disiparlos. Vienen en seguida, en grados todavia poco intensos, las ilusiones, mas rara vez las alucinaciones de uno ó muchos órganos de los sentidos, la dispepsia, los dolores vagos en los hipocondrios, la exhalacion de gases en el tubo digestivo, el estreñimiento, y en una palabra, los accidentes de una gastro-enteralgia poco intensa: algunas palpitaciones pasageras al principio, latidos arteriales, disnea, y una tos nerviosa acompañan tambien á la neurosis gástrica, ensanchando en cierto modo el círculo de las neurosis simpáticas.

»En una segunda época de la enfermedad, que mas bien está marcada por la intensidad progresiva de los síntomas que por la aparicion de nuevos accidentes, se ve á la aberracion intelectual manifestarse por una série de ideas y de acciones que revelan una verdadera monomania. La neurosis cerebral llegada á este punto, va acompañada de varias perturbaciones de la sensibilidad, y á veces de la motilidad; disgustos, tristeza, que obliga á los individuos á buscar la soledad, susceptibilidad estremada, delirio mas marcado que nunca, que recae sobre todo lo que se refiere á la salud del enfermo, á la naturaleza y asiento de su afeccion, y á los diversos medios de curarla; exaltacion, y especialmente perversion de la sensibilidad general y parcial (dolores de cabeza, hemicránea, neuralgia frontal, aturdimiento, vértigos, ruidos diversos en los oidos, alucinaciones é ilusiones numerosas y completas, insomnio ó sueño interrumpido por ensueños), calambres, entorpecimiento en los miembros, sensacion de debilidad, y rara vez paralisis pasageras; aumento de la neurosis gastro-intestinal (dolor, tension epigástrica, distension gaseosa, dificultad estremada de las digestiones, meteorismo de todo el vientre, emision de gases por las vias naturales, dolores en los hipocondrios, estreñimiento, orinas claras y abundantes, que ofrecen tambien otras cualidades, etc.), é intensidad mayor de la neurosis, que se declara simpáticamente en el sistema circulatorio (palpitaciones, latidos del corazon irregulares é intermitentes, que elevan el torax, síncopes, vibracion muy fuerte de las arterias de grueso calibre, que simulan aneurismas, iguales variaciones en el ritmo y fuerza del pulso). La alteracion de las funciones respiratorias es igualmente mayor: los enfermos se quejan de disnea, ya de una manera continua, ó ya solamente en la época del paroxismo.

»Hay en fin un último período, caracterizado por la alteracion profunda de todas las funciones de la economía. Entonces se verifica ya la nutricion muy imperfectamente, cae el enfermo en el marasmo, se le vuelve el color moreno y lívido, los hipocondrios se infartan, se ponen tumefactos, doloridos, y toda la piel amarilla. En este caso se encuentra afectado el hígado de algunas de las lesiones en cuyo desarrollo puede influir la hipocondria, pero que seguramente no le es dado determinar por sí sola, como lo ha observado muy bien Louyer-Villermay. «La tumefaccion y sensibilidad

exaltada del hipocondrio izquierdo indica una afeccion simpática del bazo; el color del enfermo se pone lívido, sucio, y á veces negruzco. En este caso no suele ser ya simple la hipocondria, pues existe una complicacion grave, que se manifestará tarde ó temprano» (loc. cit., p. 365). Los autores han observado tambien infartos semejantes en el epigastrio, é indican su verdadero origen. «La sola permanencia de una irritacion nerviosa ó espasmódica en una víscera importante, dice Louyer-Villermay, es la mas constante y poderosa de todas las causas de las afecciones orgánicas» (p. 366). Repetiremos, pues, que el enflaquecimiento, el estado febril continuo, que debe distinguirse de la frecuencia del pulso, la ictericia, los vómitos, la diarrea, la tos y la espectoracion puriforme que se observan en algunos desgraciados hipocondriacos, cuyos padecimientos son ya antiguos, se refieren á varias alteraciones que examinaremos mas tarde. En una palabra, la hipocondria es de todas las neurosis la que debe ofrecer y ofrece en efecto variaciones mas numerosas, á causa de que se hace sentir en un número mayor de sistemas, que simpatizan de una manera muy diversa segun los individuos y otras mil circunstancias que tantas modificaciones imprimen á las enfermedades, particularmente á las neurosis. «No se crea, dice J. Frank, que la hipocondria se presenta siempre con un mismo aspecto, pues ofrece caractéres completamente distintos, segun la constitucion de los enfermos» (loc. cit., p. 115). Convenimos en que no seria justo adoptar esta opinion sin restriccion alguna; pero seria igualmente contrario á la observacion asignar á la hipocondria un curso siempre idéntico. Tal es el parecer de Georget sobre esta cuestion.

»La hipocondria es una neurosis que en general dura mucho; sin embargo, algunas veces es corta y efímera; pero este caso es el mas raro, pues por lo comun atraviesa las diferentes fases que acabamos de trazar. Se desarrolla insensiblemente, adquiere despues una intensidad considerable, y disminuye al cabo de un tiempo muy largo; aunque alguna que otra vez lo hace de una manera pronta: es una afeccion continua, pero remitente ó paroxística. Las exacerbaciones nada tienen de fijo, pues su reaparicion é intensidad estan subordinadas á infinidad de causas, como son los errores del régimen, nuevas desazones, la lectura de libros de medicina, una palabra imprudente pronunciada delante del enfermo, las emociones morales, ó cualquier motivo frívolo. Algunas veces hay verdaderos accesos, separados por intermisiones completas mas ó menos largas; de suerte, que puede considerarse como curado un hipocondriaco, que vuelve á ser atacado por su mal algunos meses despues. La hipocondria intermitente no es rara, dice Georget; el vulgo le da el nombre de *vapores*, y las mujeres que los padecen se ponen por algunos dias tristes sin motivo, pierden sus fuerzas, etc. (ob. cit., p. 131). El autor confunde aquí evidentemente con la hipocondria accidentes histéricos, que nada tienen que ver con ella. Otra especie de exacerbacion, no menos variable que la precedente, es la que se verifica durante el dia ó por la noche. La época en que es menor la desazon es por la mañana. Algunos enfermos se encuentran peor despues de la comida, y otros por el contrario, al empezar la digestion. Los accidentes se aumentan comunmente de un modo mas notable en la época menstrual.

»Terminaciones.—Siendo la hipocondria una enfermedad muy larga, suele ser difícil seguir su curso y observar en un mismo individuo el principio y la terminacion del mal. Algunas veces recobran los enfermos la salud, ora espontáneamente, ora por efecto de un tratamiento bien dirigido. Georget dice, que cuando la afeccion ha durado bastantes años, y se ha renovado muchas veces, es raro que la curacion sea completa. «Aun cuando los hipocondriacos recobren la salud, conservan casi siempre un estado nervioso que los hace muy impresionables, y los espone á padecer accesos á poco que se aparten de su régimen habitual, que se escedan en el estudio, ó que esperimenten emociones algo fuertes» (*Dic. de méd.*, 2.ª edic., p. 131). La solucion favorable de la hipocondria es, segun Villermay, un modo de terminar muy frecuente, verificándose entonces la curacion de una manera progresiva, aunque en algunos casos raros se efectua con prontitud (p. 397).

»Se ha dicho que la hipocondria termina á veces espontáneamente y sin crisis, y que otras sobrevienen fenómenos críticos que la hacen desaparecer. La primera parte de esta proposicion es incontestable; pero la segunda es mas dudosa. Los hechos que refiere Louyer-Villermay en favor de este modo de terminar, no pueden de ningun modo decidir la cuestion, porque se resienten de las falsas creencias en que ha abundado por tanto tiempo la antigua doctrina de las crisis. No podemos detenernos á analizar las observaciones citadas por Louyer-Villermay (p 101); pero estamos seguros que cualquiera que las lea con cuidado no podrá concederles mucha confianza. Nada sabemos todavia sobre este punto; sin embargo, creemos que el organismo puede concurrir con el arte á resolver la hipocondria.

»Las enfermedades que terminan mas comunmente esta afeccion, son las del cerebro, del estómago, los intestinos, corazon, pulmon, y en una palabra, las de los órganos que han padecido mucho tiempo la neurosis, de cuya opinion son Villermay, Georget, Falret, Dubois y otros, fundándose en los hechos consignados en obras ya antiguas, ó que no estan á la altura del diagnóstico moderno. Confesamos que no tenemos sobre este punto datos muy positivos, é invitamos á los que no quieran participar de nuestro parecer, á que examinen

las pruebas que se han invocado en favor de la opinion contraria. Sin embargo, para que no se interprete de una manera demasiado absoluta lo que acabamos de decir, declaramos desde luego que bajo el punto de vista fisiológico no tenemos inconveniente en admitir que puede un órgano alterarse en su estructura despues de haberlo estado profundamente en sus funciones; y reconocemos tambien que esta ley de fisiologia patológica es frecuentemente aplicable á los desórdenes que acarrea la hipocondria, y que las alteraciones del cerebro, la hipertrofia del corazon, las congestiones del hígado y del bazo, pueden ser efecto de la neurosis que ha perturbado la funcion de los órganos por mucho tiempo. Pero debemos declarar igualmente, que no está bien demostrado, al menos por los hechos que posee actualmente la ciencia, que estas enfermedades orgánicas no existieran ya en estado latente y hubiesen recibido nuevo impulso por los desórdenes nerviosos de las diferentes vísceras. Supongamos, por ejemplo, la existencia de tubérculos pulmonales miliares y todavia poco numerosos en un individuo que se vuelva mas tarde hipocondriaco: la perturbacion nerviosa que se irradia á todas las funciones y altera la nutricion, la hematosis, las secreciones, etc., ¿podrá existir mucho tiempo sin que adquiera un completo desarrollo el trabajo morboso y latente aun del pulmon? Se forma un cáncer en el estómago de una persona hipocondriaca; ¿quién se atreverá á afirmar en este caso que semejante lesion es el término de la neurosis gástrica? Por lo que hace á nosotros, nos cuesta algun trabajo admitir esta sola influencia, y creemos que es necesario intervenga por lo menos una predisposicion marcada, y muchas veces una lesion preexistente. Aunque por medio de hechos fundados en un diagnóstico riguroso se llegase á demostrar, que ni la trasmision hereditaria, ni la diatesis, ni la preexistencia de la afeccion orgánica podian esplicar el desarrollo de las lesiones que acaban con los hipocondriacos, todavia era preciso probar tambien que estas enfermedades no eran complicaciones, y se presentaban con mas frecuencia en la hipocondria que en cualquier otra afeccion. En efecto, de que un loco sucumba á la tisis, á un cáncer del estómago, á una gastritis, á una hipertrofia del hígado, ó á una hidropesia, no ha de deducirse que estas enfermedades son terminacion de la locura. Dubois, que se niega tambien á considerar estas alteraciones como terminaciones de la hipocondria, solo ve en ellas *efectos naturales* del curso de la misma enfermedad. Esta espresion nos parece muy estraña aplicada á la tisis pulmonal, á los aneurismas del corazon y á las degeneraciones de los tejidos (ob. cit., p. 305). Por lo demas, si se quiere decir con la palabra terminacion de la hipocondria, que el mal cesa porque muere el enfermo de una de las lesiones intercurrentes que acabamos de indicar, se espresa una verdad que no tratamos por cierto de rebatir. Por nuestra parte, no vemos en ellas mas que complicaciones desarrolladas bajo la influencia de todas las causas que producen las enfermedades, y de los trastornos de la inervacion. Tal es tambien el parecer de Falret, quien solamente añade, que «la predisposicion á estas complicaciones depende frecuentemente de la influencia qne el cerebro enfermo ejerce sobre los demas órganos» (ob. cit., p. 496).

»Las flegmasias son bastante raras en la hipocondria (Georget, loc. cit., p. 133): si sobrevienen gastritis crónicas y diarreas mucosas, se esplican naturalmente por los errores en el régimen que cometen sin cesar los hipocondriacos; pues ora se someten á una dieta severa ó á una alimentacion insuficiente; ora se nutren de una manera suculenta y con sustancias muy tónicas, por temor de no debilitarse, y ora se purgan con sustancias drásticas ó con dosis repetidas de otras mas suaves: en una palabra, todo lo que hacen contribuye á provocar enfermedades intestinales.

»Se ha considerado la locura como una terminacion de la hipocondria. «Algunos enfermos, dice Georget, pierden la razon y se vuelven locos.» Creemos con este autor y con los demas que han abrazado su opinion, que la hipocondria, que es una verdadera monomania, puede terminar en las diferentes formas de la enagenacion mental. No se han indicado todavia exactamente las que son mas comunes: ¿lo serán acaso las monomanias suicida y melancólica (lipemania)? La monomania suicida es siempre una enfermedad nueva que reemplaza á la hipocondria ó la complica; pero no pertenece de seguro á esta última, pues no podria citarse tal vez un solo ejemplo bien comprobado de hipocondria que haya terminado por la muerte. Los enfermos que padecen esta afeccion la temen demasiado para atentar contra su vida, pues su mayor mal es creer que su enfermedad es peligrosa. J. J. Rousseau era hipocondriaco en sus primeros años, se volvió melancólico hácia el fin de su carrera, y asi se esplica la funesta determinacion que le indujo á suicidarse.

«Especies y variedades. — Se han llevado hasta el estremo en el estudio de la hipocondria. Sydenham dice, «que se presenta con infinidad de formas diversas, imitando casi todas las enfermedades que afligen á la humanidad» (*Dissert. sur l'affection hysterique*, §. 727, trad. de Jault): muchos autores participan tambien de esta opinion. Fracassini admite tres especies de hipocondria, que llama *biliosa*, *sanguínea* y *pituitosa*, segun los síntomas de que se acompaña (*Naturæ morbi hypochondriaci investigatio*; Leips., 1758). Cullen, mas acertado que sus predecesores, solo describe una especie de hipocondria idiopática (*Elem. de méd. prat.*, loc. cit., p. 415), haciendo notar que esta afeccion está muchas veces combinada con la gastro-enteralgia. Louyer-Villermay distingue

grados y variedades, y ya hemos dado á conocer las divisiones que establece sobre la primera base, y que sirven para caracterizar los diferentes períodos del mal. Por lo que hace á las especies, distingue una hipocondria *bulimica*, es decir, con apetito insaciable; y otra *neuropática*, es decir, con predominio de la sensibilidad general. Como este médico toma por base de su division la sintomatologia, se ve precisado á establecer tantos grados como son los fenómenos accidentales que ocurren en el curso de la enfermedad (loc. cit., pág. 370 y siguientes).

«Georget considera como una primera variedad la hipocondria reciente, que se disipa con facilidad luego que desaparece la causa que la ha provocado; la segunda comprende la forma caracterizada por la estension y multiplicidad de los fenómenos morbosos; la tercera está formada por la hipocondria en que se observan paroxismos marcados; y la cuarta, que podria llamarse *melancólica*, es la que induce al suicidio (ob. cit., p. 131). Esta última variedad no es una especie de la hipocondria, sino una enfermedad nueva que se llama *monomania suicida*.

»Dubois coloca todas las especies de hipocondria segun su órden de frecuencia en las seis variedades siguientes: 1.° monomania hipocondriaca; 2.° neumo-cardiaca; 3.° encefálica; 4.° asténica; 5.° nostálgica; y 6.° hidrofóbica (loc. cit., p. 228). La primera especie es la hipocondria propiamente dicha, y todas las demas se refieren á los síntomas predominantes. La hipocondria recibe estos nombres segun que los accidentes corresponden á los órganos torácicos ó al encéfalo (dolores de cabeza, silbidos, alucinaciones); ó segun, en fin, que la debilidad imaginaria ó real, el deseo de volver á su pais, ó el temor de haber sido mordido por un perro rabioso, son los fenómenos mas marcados. Es evidente que las divisiones adoptadas por Dubois son arbitrarias, y que pudieran multiplicarse mucho mas, haciendo tantas especies como síntomas tiene el mal, y creando de este modo monomanias venéreas, cancerosas, calculosas y otras muchas, pues hay enfermos que estan seguros de padecer la sífilis, el cáncer, etc.

»Leuret divide la hipocondria en tres géneros: 1.° hipocondria producida por una lesion física, 2.° por una debilidad notable de las facultades intelectuales, y 3.° sin lesion alguna prévia de la salud física ó de la inteligencia (*Fragments psychologiques sur la folie*, página 347, en 8.°, París, 1834). Broussais ha propuesto las divisiones siguientes. *Primera especie*: males reales y primitivos en las vísceras con imaginacion delirante sobre la salud, sin otra lesion cerebral aun cuando las causas hayan obrado primero sobre el cerebro, y exageracion de estos males, dependientes sobre todo de una afeccion visceral del bajo vientre, no siendo el delirio una verdadera locura, sino esta simple exageracion; *segunda especie*: males puramente imaginarios sin lesion alguna en las vísceras, simple vesania; *tercera especie*: males reales confundidos con los imaginarios, ó complicacion de los dos estados precedentes (*Cours de pathol. et de therap. génér.*, t. V, p. 222; 1835). Estas divisiones, perfectamente naturales y que habiamos admitido antes de conocerlas, representan las principales formas de la hipocondria: solamente diremos, que no va acertado Broussais al colocar en primera línea la hipocondria que resulta de una lesion de las vísceras, porque esta forma es la mas rara, mientras que la segunda, es decir, la simple vesania, constituye la hipocondria propiamente dicha. Recordaremos todo lo que hemos dicho al trazar las divisiones de este artículo, esto es, que hay una hipocondria *idiopática*, verdadera neurosis del cerebro, independiente de toda enfermedad visceral, y otra especie que hemos llamado *sintomática*, producida por enfermedades reales de las vísceras abdominales ó torácicas. Compréndese muy bien que una enfermedad, evidente ú oculta, de pecho ó de vientre, puede dar orígen á la neurosis hipocondriaca obrando con intensidad sobre el sistema nervioso cerebral; pero debe creerse en semejante caso que existe una predisposicion marcada, y que el mal no se manifiesta simpáticamente, sino porque la lesion visceral obra como causa determinante: por lo demas se encuentran en la historia de la enagenacion mental hechos análogos. La locura, segun Esquirol y otros autores, resulta muchas veces de una enfermedad bien caracterizada de las vísceras esplánicas. Nada de particular tenemos que decir de la hipocondria simpática, sintomática, secundaria, sino que ha solido confundirse con la idiopática, por ocultarse á la investigacion de los prácticos la enfermedad de donde partian los accidentes. Sin embargo, importa mucho establecer bien el diagnóstico, pues de lo contrario nos esponemos á emplear un tratamiento perjudicial ó por lo menos inútil. Estamos convencidos de que gran número de hipocondrias que han terminado por lesiones viscerales, no eran sino *sintomáticas* ó *complicadas*, y que si el arte del diagnóstico hubiera tenido en la época en que se observaron tales hechos el grado de perfeccion que posee hoy, se hubiera reconocido que la lesion existia desde el principio. Por lo demas, no sucede asi en todos los casos, y escusamos volver á hablar sobre este punto pues lo hemos examinado ya suficientemente. Las enfermedades que en general parecen obrar mas sobre el cerebro para favorecer el desarrollo de la hipocondria, son las crónicas, especialmente las del estómago, hígado, corazon, pulmones y útero. Las degeneraciones crónicas de estos órganos, el cáncer gástrico y hepático, y las diversas especies de hipertrofia é induracion del hígado, suelen ocasionar la hipocondria en los individuos muy predispuestos.

»COMPLICACIONES. — La hipocondria puede complicarse con otra neurosis, con el histerismo y la monomania triste (melancolia). No siempre es fácil descubrir estas complicaciones, de las que se encuentran sin embargo bastantes ejemplos en los autores. Se conocerá que la hipocondria está complicada con el histerismo, en que se ven aparecer entre los síntomas ordinarios de la primera afeccion que camina lentamente, la constriccion espasmódica de la faringe ó de cualquier otra parte, el globo y clavo histéricos, los movimientos desordenados y convulsivos de los miembros, etc., y en una palabra, todos los fenómenos que constituyen el ataque histérico (v. la observacion referida por Villermay, t. I, p. 413). En los intervalos de los ataques, los enfermos padecen ligeros movimientos convulsivos en los miembros, neuralgias, inquietud, una tristeza menos concentrada que en la hipocondria, y muchas veces lloran sin motivo.

»La hipocondria complicada con la lipemania determina en los individuos que la padecen una propension contínua á buscar la soledad, á huir de los hombres y á imaginarse sin cesar que les amenaza alguna desgracia considerable; cuyos temores imaginarios, propios de la lipemania (v. LOCURA), van acompañados de otros temores que inspira á los enfermos el estado de su salud.

»La hipocondria complicada con monomania suicida se conoce en que el individuo maquina contra su vida, mientras que el verdadero hipocondriaco, aunque haga algunas tentativas con tal objeto, es cuando está seguro de que no irán seguidos de ningun resultado funesto. El *esplin* de los ingleses, que es en nuestro concepto una monomania suicida y no una hipocondria simple, pertenece tambien á esta complicacion.

»Las inflamaciones, sobre todo en su forma aguda, rara vez complican á la hipocondria; sin embargo, Louyer-Villermay refiere algunos ejemplos en que estaba complicada con flegmasias crónicas del tubo digestivo (p. 429). Debe considerarse como complicaciones las alteraciones orgánicas del estómago, del hígado, del bazo, y otras muchas enfermedades que infundadamente se han querido tomar como una de las últimas fases de la hipocondria. Creemos con Villermay que estos desórdenes son muy á menudo complicaciones accidentales. Nada sabemos sobre este punto, que solo podrán aclarar los hechos basados en un diagnóstico riguroso. Hoffmann afirma, que los hipocondriacos son rara vez atacados de fiebres contínuas, epidémicas ó contagiosas, de la peste y de la mayor parte de las enfermedades reinantes (*De Affectu hypochondriaco*, tomo II, página 65, en fólio, Ginebra, 1761), lo que no le impide creer que la hipocondria se trasforma en otras afecciones como el reumatismo, la gota, la coxalgia, los cálculos, la caquexia, el escorbuto, la hematemesis, las obstrucciones viscerales y la fiebre héctica (loc. cit., p. 65).

»DIAGNÓSTICO.—Siendo la hipocondria una afeccion que se manifiesta por desórdenes muy variados que tienen su asiento en casi todos los órganos, espone mas que cualquier otra enfermedad á cometer errores en el diagnóstico. Entre los fenómenos que determina, unos se refieren al sistema nervioso encéfalo-raquidiano, otros al tubo digestivo y algunos al corazon ó á los órganos respiratorios. Es preciso, pues, formar hasta cierto punto el diagnóstico de todas estas afecciones, para conocer que los accidentes que predominan en tal ó cual aparato no son sino efecto de neurosis, procedentes ellas mismas de la que tiene su asiento en e cerebro.

»*Mania*.—La hipocondria se ha confundido frecuentemente con diversas formas de la enagenacion mental, y en particular con la lipemania ó melancolia (v. LOCURA). El delirio parcial de los hipocondriacos recae sobre enfermedades imaginarias, para las que consultan á muchos médicos; los verdaderos melancólicos no se ocupan esclusivamente de su salud; y su tristeza recae por lo comun en otro órden de ideas; por lo demas el examen de las funciones no dejaria duda alguna sobre la existencia de la lipemania. En los melancólicos no existen las neurosis gastro-intestinales y cardiacas, que al cabo de muy poco tiempo se hacen tan marcadas.

»La *monomania suicida*, que nos parece comprender el *esplin* ó *enfermedad melancólica de los ingleses*, se distingue de la hipocondria en que los individuos que padecen esta última, atentan muy rara vez contra su vida, mientras que los suicidas monomaniacos padecen contínuamente alucinaciones que los incitan á ello (v. LOCURA).

»El histerismo es la afeccion que mas se parece á la hipocondria; pero ya hemos trazado los caractéres diferenciales de estas dos enfermedades cuando hablamos del primero (véase HISTERISMO, art. *Diagnóstico*), por cuya razon nos referimos á lo dicho para evitar repeticiones.

»Hemos dicho que en el curso de la hipocondria se manifiestan fenómenos variados que tienen asientos muy diferentes. Altéranse las digestiones, la circulacion y la respiracion, y se ven entonces aparecer varios síntomas que pueden ocasionar errores en el diagnóstico. Los autores enumeran estensamente todas estas enfermedades; pero las únicas que pueden causar equivocaciones son las neurosis gastro-intestinales, pulmonales y cardiacas; y bastarán algunas palabras para desvanecer todo género de duda sobre esta materia. Cuando se ven aparecer en un hipocondriaco síntomas de una afeccion del corazon, del pulmon ó del tubo digestivo, es preciso examinar atentamente estos órganos, para determinar de la manera mas positiva si tales alteraciones son puramente funcionales y no dependen de una lesion material

de la víscera. Para obtener una certidumbre completa sobre este punto, conviene percutir y auscultar los órganos esplánicos; asegurándose asi de que el dolor é hinchazon epigástrica, la dispepsia, la anorexia, la perversion del apetito y el estreñimiento, no dependen de una inflamacion ni de enfermedad alguna del estómago. Ya hemos indicado estensamente en otra parte los caractéres que distinguen la gastro-enteralgia de la flegmasia del tubo digestivo (v. GASTRO-ENTERALGIA), y ahora añadiremos, que hay una completa semejanza entre la neurosis primitiva del tubo intestinal y la gastro-enteralgia simpática de la hipocondria; de modo que para descubrir el verdadero origen de esta, se deben tener especialmente en consideracion las perturbaciones de la inteligencia que forman el signo esencial de la enfermedad.

»Es inútil hoy insistir en los síntomas que sirven para reconocer que las palpitaciones, los síncopes, el impulso fuerte, la irregularidad, la intermitencia y las variaciones estremadas de los latidos del corazon y de las arterias, pertenecen á una neurosis y no á una hipertrofia del primero de estos órganos, ó á alteraciones valvulares; pues la percusion, la auscultacion y la medicion, nos conducen fácilmente al diagnóstico.

»Lo mismo sucede en los casos en que los fenómenos morbosos hacen temer una afeccion de pecho, como tubérculos ó derrame en la cavidad de las pleuras.

»Hablaremos ahora de los signos que pudieran darnos á conocer la verdadera naturaleza de los síntomas, que en la hipocondria simulan el cáncer, las inflamaciones gástricas, la hipertrofia, la cirrosis del hígado, el aneurisma de la aorta pectoral, ventral, etc.? Si tal hiciéramos seria tambien preciso tratar del diagnóstico diferencial de los cálculos vesicales y renales, de la apoplegia, de las afecciones de la médula y de todas las enfermedades que se crean los hipocondriacos, y cuyos síntomas se figura observar su imaginacion delirante. El reumatismo, la gota, las neuralgias, los vermes intestinales y el escorbuto, pueden confundirse segun los autores con la hipocondria; pero haria poco honor á los médicos quien los creyera capaces de cometer semejantes errores.

»La clorosis ofrece algunos síntomas que han podido confundirse con la hipocondria en una época en que todavia era poco conocida. Tristeza, apatía, dolores neurálgicos en diferentes puntos del cuerpo, depravacion del apetito, gustos estravagantes, dispepsia, anorexia, formacion de gases en el tubo digestivo, estreñimiento, latidos del corazon, palpitaciones, y á veces síncopes; tales son los fenómenos comunes á estas dos afecciones. Las neurosis viscerales que existen en ellas, dan lugar á gran número de síntomas que les son comunes. La hipocondria es muy rara antes de los veinticinco años; la clorosis por el contrario se desarrolla especialmente de los quince á los veinticinco, y es mas propia de las mujeres. Los ruidos de soplo y músico que se oyen en las arterias, disipan toda incertidumbre y hacen reconocer la clorosis, sirviendo tambien para establecer el diagnóstico, cuando la cloro-anemia se complica con la hipocondria, lo que es raro que suceda segun Villermay (t. II, p. 575)

»Un punto esencial del diagnóstico de la hipocondria es determinar si es idiopática ó sintomática de alguna lesion visceral. Debe el práctico recordar la division que dejamos establecida al principiar este artículo, si quiere establecer una terapéutica racional y eficaz; pues en efecto, si observa todos los síntomas de la hipocondria en un individuo afectado de cáncer gástrico, de hipertrofia ó de induracion del hígado, y desconociendo estas lesiones trata de combatirlas con los medios que se usan contra las neurosis, es evidente que se agravarán las alteraciones que exigen un tratamiento distinto.

»PRONÓSTICO.—Cuando la enfermedad es reciente y se abandona á sí misma, dice Hoffmann, es mas bien incómoda que peligrosa; pero si es ya antigua y se ha descuidado ó combatido con remedios contrarios, el pronóstico es grave (loc. cit., p. 70). Antes de decidirnos á establecer la gravedad de la afeccion, es necesario asegurarse de que no existe lesion alguna visceral, porque estas son casi siempre las que ocasionan una terminacion funesta; por lo cual deberá indagarse atentamente la naturaleza y asiento de las alteraciones que se hayan formado durante el curso de la hipocondria. Ya hemos dicho que el desarrollo de estas depende en gran número de enfermos de la alteracion nerviosa prolongada que determina la neurosis cerebral en las principales vísceras esplánicas. Infiérese, pues, que donde mas deben temerse estas alteraciones, es en las hipocondrias antiguas; y esto es lo que quiso decir Hoffmann cuando escribió: «Transit (hipocon»dria) in graviora symptomata, viscerum obs»tructiones, scirrhos, cachexiam, hydropem, »hecticam, et per metastasin in asthma con»vulsivum, maniam ac melancholiam immedica»bilem, polypos lethales, etc.» (loc. cit., p. 70). Tambien es preciso tener en cuenta las complicaciones, pues muchas veces debe basarse el pronóstico en esta sola consideracion. Es evidente que cuando existe una afeccion de pecho, del hígado ó una neurosis como el histerismo, es mas difícil obtener la curacion que en los casos de hipocondria simple. Terminaremos repitiendo que el pronóstico debe fundarse especialmente en la antigüedad de la afeccion, pues como dijo muy bien Hoffmann, suelen desarrollarse entonces gran número de lesiones que amenazan la vida del paciente: «Inveteratum malum »difficillimam admitit curationem.»

»Georget asegura que es difícil curar la enfermedad cuando es hereditaria. «En la hipocondria reciente, producida por causas fáciles de remover, como los escesos del estudio, pue-

de recobrar el enfermo su salud de un modo pronto y duradero; pero cuando no puede destruirse la influencia de las causas, es imposible disipar el mal, como sucederá en los casos en que dependa de disgustos inevitables, ó de profesiones cuyo ejercicio sea indispensable para la existencia del enfermo. La hipocondria que no desaparece con la cesacion de las causas, es difícil de curar; por el contrario, cuando no existe ó no se renueva sino en tanto que ejercen su accion los agentes que la han producido, es menos funesta» (Georget, art. cit., p. 140).

»Causas. — El estudio de las causas de la afeccion nerviosa que nos ocupa debe hacerse con mucha severidad: los autores acumulan en sus obras tantas contradicciones é hipótesis, que preferimos pasarlas en silencio á entrar en una larga y estéril discusion sobre esta materia. Y no se crea que adolecen únicamente de esta falta las obras antiguas, como las de Willis, Sydenham y Pomme; pues la tienen tambien algunas publicadas mas recientemente, como por ejemplo, las de Frank y Louyer-Villermay. Es preciso distinguir entre las causas de la hipocondria las que son predisponentes, y las determinantes que no pueden producir la enfermedad sin el concurso de las primeras: las estudiaremos en el órden que hemos adoptado, pues permite hacer una esposicion fácil y natural de todas las causas patogénicas; rogando al lector no olvide que nuestra mision, como dice Montaigne, «no es repetir las aserciones de nuestros predecesores, por mas que resuenen incesantemente en nuestros oidos,» sino escoger las que resistan á un analisis completo y razonado.

»*Trasmision hereditaria*.—Hoffmann admite esta influencia, por la cual dice se trasmite á los niños una debilidad de las partes nerviosas, especialmente de las que pertenecen al aparato digestivo. Cítanse ejemplos de hipocondria trasmitida de padres á hijos, siendo á veces la madre la que atormentada durante el embarazo, ó en otras épocas de su vida, por accidentes histéricos, ocasiona esta funesta predisposicion á padecer el mal.

»*Temperamento*.—Los temperamentos nerviosos y sanguíneos, y el predominio del sistema hepático, son en sentir de Louyer-Villermay, predisposiciones marcadas á la hipocondria. Esta opinion puede aceptarse como verdadera; pero sin embargo, nótese que el predominio del sistema hepático que se hace manifiesto por el tinte bilioso y los vómitos de igual naturaleza, la sensibilidad del hipocondrio derecho, el estreñimiento, etc., anuncia, ora una lesion ya formada del órgano hepático, ora una alteracion nerviosa del estómago, que es ya efecto de una neurosis simpática de la hipocondria. Puede en fin existir una enfermedad crónica del estómago ó del hígado, que desconocida por los antiguos, les hizo creer que dichos trastornos funcionales predisponian á la hipocondria.

»*Edad*.—La enfermedad que nos ocupa se manifiesta rara vez antes de los veinte años y despues de los sesenta. Louyer-Villermay cita varios hechos que propenden á probar que los niños de muy tierna edad pueden ser atacados de hipocondria; pero en las observaciones que refieren los autores faltan los síntomas mas característicos de esta afeccion. «Parece, dice Dubois, que la hipocondria está reservada á la madurez intelectual, y sobre todo á esa época en que desengañado el hombre de las ilusiones de la vida, viene á reconcentrarse en sí mismo; pues aunque se citan algunos ejemplos de lo contrario, el carácter moral de los individuos no era entonces el de la juventud, sino escepcional ó transitorio» (ob. cit., p. 63).

»Examinando las observaciones referidas por Hoffmann, se ve que entre diez y seis casos uno solo se declaró hácia la edad de veinte años, y los quince restantes desde los treinta hasta las cuarenta y cinco.

»*Sexo*.— Es un hecho observado que los hombres padecen con mas frecuencia la hipocondria que las mujeres; pero no habria razon para asentar que la sola diferencia de los sexos establece la que hay entre la hipocondria y el histerismo, y que segun obran las causas sobre un hombre ó una muger, asi producirán la primera ó la segunda de estas enfermedades. Louyer-Villermay dice, que el sexo femenino está mas espuesto á la afeccion hipocondriaca en la edad crítica, cuando pierde los atributos de su sexo; pero se necesitan mas pruebas para admitir esta proposicion.

»*Constitucion*.—Se ha dicho, apoyándose en ideas teóricas, que la debilidad congénita ó provocada por causas accidentales predisponia á la hipocondria; pero esto se halla en oposicion manifiesta con lo que nos enseña la observacion; pues en efecto, los hipocondriacos son frecuentemente personas cuya constitucion fuerte y salud perfecta contrastan con los padecimientos de que se quejan sin cesar.

»*Circumfusa*.—Hoffmann cree que los paises frios favorecen la produccion de la hipocondria (loc. cit., pág. 68). Van-Swieten sostiene una opinion contraria. ¿Qué ganaria la etiologia con reproducir aqui los diversos argumentos invocados para combatir estas aserciones? Nada sabemos sobre este punto, lo mismo que sobre otros muchos; y solo con hechos puede establecerse la influencia del frio en la produccion del mal. Nada diremos de nuevo, añadiendo que el calor exaspera los accidentes en algunos individuos. Louyer-Villermay considera los estremos de temperatura como causas capaces de preparar esta neurosis y determinar sus paroxismos (t. I, p. 238).

»Antiguamente se hacia representar cierto papel á la naturaleza de los alimentos en la produccion de la hipocondria, y Hoffmann dice, que favorecen su desarrollo los de naturaleza ácida, los indigestos, los flatulentos, las legumbres, las preparaciones lácteas fermentables y el pan caliente. Hemos examinado lo que

han escrito los autores antiguos y modernos sobre esta materia, y no hemos encontrado un solo hecho que demostrase de una manera evidente la funesta influencia de tal ó cual alimentacion. Solamente diremos, que siendo muy frecuentes las neurosis gastro-intestinales en los hipocondriacos, se concibe bien que todos los estravíos del régimen deben aumentar los accidentes del tubo digestivo, y que unos soportarán mal los tónicos y los escitantes, y otros los emolientes. En todos estos casos está ya constituida la hipocondria, solo que predominan los síntomas del aparato de la digestion. Otras veces se halla el mal completamente curado; pero un esceso en la bebida, ó el uso de alimentos que no convienen al estómago, que conserva todavia por mucho tiempo su susceptibilidad nerviosa, bastan para reproducir la hipocondria.

»Las profesiones se consideran con razon como causas muy poderosas: ya hablaremos de esto mas tarde al tratar de los *percepta*. Se suponen tambien causas de la hipocondria la disminucion y supresion de las escreciones, de los menstruos, y particularmente del flujo hemorroidal (Hoffmann). Las metástasis de la gota, del reumatismo, las flores blancas y otras muchas causas hipotéticas, figuran tambien entre las de la hipocondria; pero ya es tiempo de reducir á su verdadero valor semejantes aserciones, de las que nos hemos ocupado en muchos artículos de nuestra obra.

»La vida sedentaria es una causa compleja, cuyos elementos importa separar; pues si favorece el desarrollo de la hipocondria, es obrando de la manera siguiente: 1.º la inactividad del sistema muscular impide á los demas órganos recibir la escitacion simpática necesaria para el desempeño de sus funciones, siendo particularmente el estómago el que se altera cuando el cuerpo guarda una quietud mas ó menos completa; y 2.º las personas que ejercen profesiones sedentarias se hallan sometidas á influencias morales, cuyo modo de accion examinaremos despues, y que son casi siempre las que en tales casos determinan la afeccion hipocondriaca. La ociosidad, por ejemplo, es la negacion mas ó menos absoluta del trabajo intelectual, acompañada muy á menudo de la inaccion del sistema muscular; y ya se deja conocer que esta causa debe ser muy poderosa é intervenir muchas veces en la produccion de la hipocondria.

»*Percepta.*—Seria poco conforme á las reglas de una buena observacion atribuirlo todo al sistema nervioso, prescindiendo de las causas que ya dejamos mencionadas. Sin embargo, fácilmente se convencerá el lector de que no hay una sola cuya influencia se halle positivamente demostrada por hechos auténticos; pero no sucede lo mismo con las que vamos á estudiar ahora.

»A fin de no estraviarnos en el laberinto de las diversas y contradictorias opiniones que nos veremos precisados á examinar, empezaremos estableciendo nuestro parecer.

»1.º Se ha dicho que los trabajos mentales demasiado intensos eran una causa frecuente de la hipocondria; pero creemos que debe esta proceder mas bien de mala direccion de las facultades intelectuales, de los estravios á que estan espuestos aun los hombres de mayor mérito, y de la ociosidad y de la torpeza intelectual en que caen gran número de individuos, que despues de haber tenido una vida muy ocupada, se entregan á una quietud mas ó menos completa. El examen que vamos á hacer de esta proposicion, nos permitirá discutir lo que han escrito los autores sobre la materia. Los que sostienen una opinion contraria á la nuestra, reconocen sin embargo la exactitud de los hechos que acabamos de establecer. Louyer-Villermay dice «que el estudio de las ciencias exactas favorece mucho menos la invasion de las neurosis, que el cultivo de las bellas artes y de los trabajos que exigen una exaltacion mas ó menos continua de la imaginacion» (t. I, p. 293). Dubois asienta «que alli donde los ánimos se hallan eminentemente escitados por la ambicion, por el deseo de dominar, de los honores y de las riquezas, son numerosos los hipocondriacos; pues á una vida agitada suele suceder un reposo demasiado absoluto, ora porque llegan los sugetos á sumirse en un tédio profundo no teniendo ya nada que desear, ora porque una desgracia imprevista los condena á la inaccion» (ob. cit., pág. 41).

»Empezaremos desde luego estableciendo, que de todas las causas determinantes de la hipocondria, no hay ninguna mas frecuente que el paso de una vida activa á la ociosidad. Esta afeccion se observa en una multitud de individuos que hacen una fortuna rápida y se elevan desde las clases ínfimas de la sociedad á una posicion brillante. Así es que esta enfermedad es comun en Inglaterra, Holanda y en todos los paises de Europa en que el comercio permite adquirir en muy poco tiempo á los que á él se dedican riquezas considerables. Tambien en Francia de catorce años á esta parte se ven ejemplos de esta naturaleza. Muchas son las causas que á nuestro parecer concurren á producir semejante resultado. Los que se hacen ricos son muchas veces personas cuya primera educacion ha sido completamente descuidada, y cuya inteligencia no se ha desarrollado ni recibido una direccion conveniente, siguiéndose de aqui que caen con mas frecuencia que los demas en un tédio profundo, cuando la quietud reemplaza á las ocupaciones continuas que absorvian todo su tiempo. No se halla su entendimiento bastante cultivado para permitirles aficionarse á los estudios literarios ó científicos; no piensan en viages ni en las distracciones que proporcionan las bellas artes; porque se necesita haber recibido cierta educacion para buscar tales placeres, y especialmente para

saber gozarlos. Aunque el hombre ha cambiado de posicion material, sirviéndonos de esta espresion, no por eso ha variado su posicion intelectual: ayer se veia precisado á vigilar sus negocios y estar siempre sobre ellos, sin tener apenas tiempo para dormir; hoy, ya desocupado, no sabe qué hacerse, está siempre pensando en sí mismo, y como su inteligencia no conoce mas que un género de trabajo que consumia todos sus instantes, solo piensa en su persona, y estando satisfechos todos sus deseos, permitiéndole sus riquezas disfrutar de los placeres que los hombres buscan con tanta avidez, reflexiona que le seria muy duro dejar una existencia tan feliz, y hé aqui por qué se inquieta de las menores sensaciones que esperimenta, pues le hacen temer el desarrollo de alguna enfermedad; en una palabra, hé aqui al hombre convertido en hipocondriaco. La ignorancia, la ociosidad y el egoismo, son las tres fases que presenta antes de llegar á la afeccion que nos ocupa, pudiéndose decir que son tres enfermedades morales que conducen á otra última designada con el nombre de hipocondria.

»Los médicos que ejercen su profesion en las grandes poblaciones, reconocerán en el cuadro que acabamos de trazar la hipocondria tan frecuente en ciertas clases de la sociedad; é invocamos su testimonio, convencidos de que por poco observadores que sean, habrán notado lo mismo que nosotros. Por lo demas, como nuestra opinion es hija de nuestra propia esperiencia, y sobre todo de las benévolas comunicaciones que debemos á varios médicos cuya posicion les permite observar muchos hipocondriacos, estamos seguros de no habernos apartado de la verdad.

»Pueden tambien padecer la hipocondria personas que no carecen de inteligencia, pero que pasan de la actividad al reposo; tales son los militares antiguos que se retiran del servicio, los empleados, los artistas, y en una palabra, todos los hombres cuya profesion exige cierta dosis intelectual, y que condenados de pronto á la inaccion, no saben, repetimos, emplear las fuerzas de su espíritu en un trabajo que reemplace al que acaban de dejar. No es esto decir que los militares retirados sean los únicos que padecen hipocondria, pues no se hallan exentos de ella los que estan en el servicio; y en efecto, se concibe muy bien que todos aquellos que consumen el tiempo que les deja la paz en las plazas, á veces muy tristes, se hallan colocados en las condiciones mas favorables para contraer esta enfermedad. En este caso es mas frecuente en los oficiales que en los soldados; pues estos últimos, aunque dotados generalmente de menos inteligencia, se ven obligados por los deberes de su profesion á entregarse á un trabajo mas continuo. Hemos tenido ocasion de ver la hipocondria en algunos oficiales que servian ya hacia mucho tiempo, y no la hemos observado una sola vez en los simples soldados. Es evidente que no queremos hablar de la nostalgia, que es otra especie de neurosis (v. Nostalgia).

»Se ha dicho que los oficiales de marina padecian frecuentemente la neurosis que estudiamos. El autor que emite esta opinion da escelentes razones para apoyarla. «Durante las largas travesías, dice, en esos cruceros insípidos que no les ofrecen en qué ocuparse durante las apacibles noches del estío, el alma se abandona á varias quimeras, se entrega á ilusiones de amor propio y á desvaríos ambiciosos, que fermentan y crean fantasmas brillantes que se disipan al dispertarse, dejando en su lugar la triste realidad y la percepcion aflictiva de la situacion actual» (*Influence de la navegation sur le moral et le physique de l'homme* en la ob. cit. de Dubois, p. 39). La ociosidad es, pues, la que engendra la hipocondria, así en el marino como en el soldado.

»Los solteros, los sacerdotes, los individuos de ambos sexos que pertenecen á las órdenes religiosas, y los hombres que ejercen alguna profesion en que son considerables el estado sedentario y la inactividad intelectual, como sucede á los tejedores y á los que se ocupan en las hilanderías, etc., padecen la hipocondria con mucha frecuencia. Pero se dirá que si el reposo de los órganos de la inteligencia y la ociosidad predisponen á esta afeccion, los literatos, los filósofos, los músicos y los artistas, cuya inteligencia se halla tan cultivada y constantemente en escitacion, no debian padecer de hipocondria con mas frecuencia que los demas; y que por lo tanto no puede hacerse consistir la predisposicion á contraerla en la tranquilidad de cuerpo y espíritu de que hablamos. Empezaremos desde luego por observar, que el número de hipocondriacos que corresponden á las clases elevadas de la sociedad que acabamos de referir, seria mucho menos considerable que lo que se cree, reduciéndose tal vez á muy poco, si se escluyesen los simplemente melancólicos, los nostálgicos y los atacados de monomania, de gastro-enteralgia ó de una lesion visceral, cuyo diagnóstico era todavia difícil ó imposible hace algunos años. Seguramente que si en lugar de admitir de ligero la existencia de una hipocondria, se hubiera establecido siempre exactamente el asiento y naturaleza de la afeccion que reaccionaba simpática ó primitivamente sobre el cerebro, no se hubieran encontrado tantos hipocondriacos. Zimmerman, por ejemplo, estaba afectado de monomania melancólica, y no de hipocondria; y tal era tambien la enfermedad de Pascal, á quien sin razon se ha querido tener por hipocondriaco. Se ha dicho igualmente que lo era J. J. Rousseau; mas como observa muy bien Dubois, existieron en la vida de este filósofo dos períodos distintos; uno en que presentó todos los síntomas de la hipocondria, y otro en que tuvo los de una melancolía profunda, que fue muy probablemente la que le condujo al suicidio. La hipocondria se manifestó en Rousseau en

su primera juventud, cuando vivia ociosamente y dominado por la tierna pasion que habia sabido inspirarle la señora de Warens. Entonces fue cuando entregándose á la lectura de los libros de medicina y de anatomia, creyó tener entre otras enfermedades un pólipo del corazon; pero mas tarde, asi que empezó á publicar las obras que han hecho inmortal su nombre, cuando su ingenio fortalecido por la desgracia llegó á tomar todo su vuelo, se curó de su hipocondria y se volvió desgraciadamente melancólico: hé aquí como se espresa sobre este punto: «Al escribir estas líneas, achacoso, casi sexagenario y agoviado de dolores de toda especie, tengo mas vigor y vida para sufrir, que tuve para gozar en la flor de mis dias en medio de la mayor felicidad.» No es este ciertamente el lenguaje de un hipocondriacó.

»Tambien podriamos examinar si ha tenido razon Louyer-Villermay en colocar ciertos hombres ilustres entre los que han sido hipocondriacos; pero esto nos separaria demasiado de nuestro objeto. Solo hemos querido probar, que se han cometido muchos errores en el diagnóstico, y que la ociosidad ó mala direccion de las facultades mentales, es la que engendra la hipocondria mas bien que el trabajo escesivo de la inteligencia. Si hay mas vaporosos, dice Gretry, que tambien lo era él mismo, entre los músicos que en las demas clases de artistas, es preciso atribuirlo á una multitud de circunstancias bien conocidas, y que nada tienen que ver con la parte intelectual del arte. Por lo demas, seria preciso fijar el sentido de la palabra *vapores*, que es demasiado vaga, y establecer bien su diagnóstico, sin lo cual no puede obtenerse resultado alguno preciso en etiologia. Recordaremos en apoyo de nuestro parecer, que los médicos y demas personas que cultivan las ciencias, rara vez padecen hipocondria; y que si se la observa en los artistas, los músicos, los poetas, y en todos aquellos cuya imaginacion trabaja mas que el juicio, es porque la naturaleza de sus ocupaciones pone tambien sus sentidos en activo ejercicio, y exige de su espíritu una sensibilidad y una escitacion que no son necesarias en las ciencias. No podemos participar de la opinion que espresan las siguientes palabras de Aristóteles, si se trata de aplicarlas á los hipocondriacos: «Cur homines »qui ingenio claruerunt, et in studiis philoso»phiæ vel in republica administranda, vel in »carmine fingendo, vel in artibus exercendis, »melancholicos omnes fuisse videamus?»

»Diremos reasumiendo, que la ociosidad que sucede á las hondas meditaciones ó á un trabajo puramente material, la ignorancia, las ideas falsas que resultan de una mala educacion y la escitacion viva de una inteligencia mal dirigido ó entregada á especulaciones abstractas ó á la contemplacion, nos parecen las causas predisponentes menos dudosas de la hipocondria.

»Louyer-Villermay consagra un largo capítulo al estudio de las pasiones, y despues de enumerarlas todas con poco órden y filosofía, las coloca entre las causas de la afeccion que nos ocupa. Tal es la confusion que hemos encontrado en la obra de este médico, que nos veriamos perplejos para designar las pasiones que obran mas eficazmente para determinar la hipocondria. No son á nuestro parecer las pasiones mas que causas ocasionales ó determinantes en individuos predispuestos, y bajo este aspecto merecen toda la atencion del médico; pues muchas veces se ve desarrollarse la enfermedad despues de la aparicion súbita de una causa de este género. Basta que una emocion moral viva obre en una persona muy predispuesta, para que se declare esta neurosis. Los disgustos, los celos, las penas del corazon, la ambicion burlada, las contrariedades contínuas, los escesos de estudio, las vigilias, los sustos, el sentimiento de dejar su pais ó su familia, y en una palabra, todos los trastornos que escitan las pasiones, pueden provocar la hipocondria. La música, la lectura de novelas, el trato con personas tristes y melancólicas, los escesos venéreos y la masturbacion, son tambien causas ocasionales de esta neurosis, obrando fuertemente sobre el sistema nervioso. Se ha dicho que la lectura de las obras de medicina podia igualmente ocasionarla; pero esta ocupacion es mas bien un signo que una causa de la enfermedad. Otro tanto diremos de la tendencia que tienen los enfermos á buscar la sociedad de los hipocondriacos, de los médicos y de todos los que les hablan de sus padecimientos.

»Creemos haber procedido con alguna crítica en el estudio de las causas morales é higiénicas que pueden producir la hipocondria; habiéndonos separado hasta tal punto de las opiniones generalmente adoptadas, que para establecer la nuestra hemos necesitado apoyarnos en hechos. Esperamos tambien haber difundido alguna luz sobre la aglomeracion confusa de causas que estan indicadas sin discernimiento alguno en la mayor parte de las obras.

»No tenemos valor para insistir en los modificadores patológicos como los medicamentos drásticos, el abuso de los licores, la administracion del mercurio, de la quina, del opio, de los astringentes, del hielo (J. Frank, obr. cit., p. 111), y todas las enfermedades internas (*prœgressi morbi,* Hoffmann), como las fiebres intermitentes, la disenteria, las afecciones cutáneas descuidadas ó mal tratadas, la supresion de las hemorroides, etc., etc.; pues el único hecho razonable que resalta de lo que se ha escrito sobre esta materia, es, que todas las afecciones internas, especialmente las orgánicas que tienen un curso latente, pueden obrar como causas determinantes de la hipocondria en los individuos predispuestos. En efecto, del mismo modo que el cerebro afectado de neurosis reacciona simpáticamente sobre las vísceras, que se afectan á su vez de esta misma lesion, no hay razon alguna para que estos ór-

ganos enfermos no obren igualmente sobre aquel ya predispuesto, provocando asi la hipocondria. Por lo demas este es un hecho que nadie niega, pues está comprobado por la observacion.

»Tratamiento.—Difícil seria imaginar cosa alguna mas incoherente é inintelegible que lo que se ha escrito sobre el tratamiento de la hipocondria. La mayor parte de los autores que se atienen especialmente á las indicaciones suministradas por la naturaleza presunta del mal, establecen una terapéutica que debe formalmente proscribirse: otros colocan en una misma línea los remedios destinados á combatir las neurosis viscerales, y los que deben dirigirse mas particularmente contra la enfermedad del cerebro. Añadiremos que figuran en la terapéutica de la hipocondria remedios que se hallan indicados en el histerismo, la melancolia, etc., y aun otros que no han producido evidentemente algun buen efecto, sino porque se han empleado, sin saberlo, contra enfermedades viscerales que llegaron á curar.

»Para establecer una terapéutica conveniente, es preciso saber ante todo, si la hipocondria es idiopática ó depende de una enfermedad de otro órgano. En este último caso no se diferencia el tratamiento del que exige la misma enfermedad cuando es simple; debiéndose solo emplear los medios usados contra la hipocondria, si acaso persiste despues de curada la afeccion primitiva.

»En segundo lugar, aun despues de tener la certidumbre de que no padecen los tejidos ninguna lesion que pueda considerarse como causa de la hipocondria, todavia conviene indagar cuáles son los aparatos atacados consecutivamente de neurosis, para modificar el tratamiento segun la intensidad y el sitio de esta, pero combatiendo ante todo la neurosis cerebral.

»*Tratamiento moral*.—La hipocondria es una perturbacion de la inteligencia, y por consiguiente debe el práctico obrar desde luego sobre el órgano que la desempeña, dirigiendo el espíritu, segun la oportuna espresion de Cullen, que trazó con tanto acierto la terapéutica de esta neurosis.

»El tratamiento moral que constituye, si no la totalidad del método curativo, por lo menos la parte mas esencial, estriba en el uso sábiamente combinado de la higiene, en cuyo sentido debe entenderse el precepto de Montanus: «Fuge medicos et medicamina, et sanaberis.» En efecto, no es tanta la influencia que tienen los remedios para curar la hipocondria, como la observancia rigurosa de las mejores reglas higiénicas. La terapéutica que vamos á dar á conocer exige mucha firmeza por parte del médico, y esa laudable perseverancia, que es la única que puede ayudarle á vencer las dificultades sin número que encuentra tan á menudo en el ejercicio de su ciencia.

»La íntima persuasion que domina generalmente á estas especies de enfermos, dice Cullen, no permite suponer imaginarias sus sensaciones, ni considerar como infundados sus temores, aunque el médico se halle persuadido de que es asi; por lo cual es preciso no recurrir á chanzas ni al raciocinio con los hipocondriacos (loc. cit., p. 424).

»Debe el médico tener muy presentes estas reflexiones, que son muy justas, y procurar grangearse desde luego la confianza de su enfermo; pues si no llega á conseguirlo, por mas acertada que sea su terapéutica, no producirá resultado alguno. Es preciso que recuerde ademas, que el hipocondriaco está dispuesto á cambiar de facultativo á cada instante, y á entregarse en manos de charlatanes ó de cualquiera que prometa curarlo. Repetimos, pues, que conviene ante todo que el médico ejerza un dominio absoluto sobre el espíritu del enfermo, para lo cual es necesario que lo escuche con atencion y reconozca con él que sus padecimientos son reales y producidos por una enfermedad sugeta al dominio del arte. Aqui se presenta una cuestion de mucha importancia y de que nadie ha tratado hasta ahora, que es la de saber, si se deberá convenir completamente con las ideas del enfermo, fingiendo creer que padece una enfermedad de estómago, de pecho, un cálculo vesical, ó cualquiera otra afeccion imaginada por su cerebro delirante; ó bien demostrarle desde luego que no tiene razon en el asiento y naturaleza de su presunta enfermedad, probándoselo con argumentos irresistibles. No puede responderse de una manera absoluta á la cuestion planteada de este modo: al práctico es únicamente á quien corresponde decidir lo que se debe hacer, pues cada caso individual exige que se modifiquen las reglas del tratamiento. Hé aquí, sin embargo, algunas bases generales que pueden servirnos de guia.

»En general es preciso conceder á los hipocondriacos que los accidentes de que se quejan sin cesar, y que son bien reales, existen en efecto, y les deben causar sufrimientos penosos; pero se les debe convencer de que si tienen su punto de partida en una afeccion visceral, esta es muy susceptible de curarse, con tal que observen el tratamiento que se les prescriba. Supongamos, por ejemplo, que un individuo se cree afectado de aneurisma del corazon: en tal caso, se empezará por concederle que este órgano se halla enfermo, pero no hipertrofiado; pues si no se llegase á curar la hipocondria, nuestro piadoso fraude haria desesperar al enfermo. Conviene, pues, suponer que la víscera indicada por él es el asiento de los fenómenos morbosos, pero que no está afectada de una lesion profunda. Una vez hecha ya esta concesion, se establecerá un tratamiento insignificante, pero aparentando darle mucha importancia. «Si alguna vez es lícito prescribir un remedio inocente, dice Cullen, para agradar al enfermo, parece ser en el tratamiento de los hipocondriacos, que ocupándose solo de

los medios de aliviarse, estan ávidos de medicamentos, y que á pesar de haber visto tantas veces defraudadas sus esperanzas, toman todo remedio nuevo que se les propone» (ob. cit, p. 425). Nosotros creemos que tiene graves inconvenientes cambiar demasiado á menudo de remedios; porque se haria creer al enfermo que todos los dias pueden ensayarse otros impúnemente, y que no se ha formado un plan completamente sólido. Se dará mucha importancia á que los medicamentos se tomen en horas y dosis indicadas, á fin de inspirar al paciente una deferencia mayor hácia los consejos del médico, y que por lo tanto confie mas en su próxima curacion. La observancia de las reglas higiénicas, que luego trazaremos, es el complemento indispensable de este tratamiento, al que llamaremos para caracterizarlo mejor *tratamiento moral por concesion.*

»Imposible seria observar la misma conducta con los hipocondriacos que dicen padecer una enfermedad grave, de la que no ofrecen el menor síntoma, pues seria muy peligroso avenirse á las ideas que tienen sobre este punto. Se deberá procurar mas bien probarles que su afeccion se halla en otra parte del cuerpo, donde se hayan observado algunos síntomas fáciles de disipar.

»Hay otra especie de tratamiento moral, que llamaremos *tratamiento moral por intimidacion*, que solo debe ensayarse despues del precedente, y cuando no hayamos conseguido dominar el espíritu del enfermo. Consiste en demostrar al hipocondriaco que su mal no tiene el asiento ni es de la naturaleza que le asigna, pero que existe en otro órgano que deberá señalarse, inspirándole en caso necesario alguna inquietud sobre esta dolencia para que fije en ella toda su atencion. Cuando esto se consiga y lleno de confianza el enfermo por el descubrimiento que acaba de hacer el médico, se haya sometido á la terapéutica insignificante ó nula que tenga dispuesta, se ocupará el profesor en curar los fenómenos que habrá provocado y que le será fácil disipar. Tenemos la íntima conviccion de que un tratamiento dirigido de este modo, ofrece las mayores ventajas en algunos enfermos, particularmente en aquellos que se creen afectados de un mal incurable, y que no quieren someterse á una terapéutica ordenada.

»Otra modificacion que puede hacerse tambien en el tratamiento moral, consiste en insistir enérgicamente en que no hay semejante enfermedad, valiéndose para esto de palabras severas, y haciendo confesar al enfermo que no tiene la afeccion de que se queja. Para emplear este tratamiento, que podria llamarse por *retractacion*, es preciso haber ganado la confianza del paciente, observándolo por muchos dias, y aparentando y fingiendo no descubrir sino despues de un exámen atento, que no existe afeccion alguna caracterizada. Concíbese cuánta sagacidad, elocuencia y constancia, necesita tener el médico para vencer las numerosas dificultades que pueden presentarse. Creemos que estas son las verdaderas bases en que debe estribar el verdadero método curativo, y así como nos ha parecido que el tratamiento moral es el mas esencial para combatir la locura, así tambien opinamos que debe tratarse de la misma manera la aberracion de la inteligencia que domina á los demas síntomas de la hipocondria. Habremos hecho algun servicio á la terapéutica si conseguimos que se adopten estas creencias.

»*Tratamiento higiénico.*— «La curacion de la hipocondria, dice con razon Cullen, consiste particularmente en distraer la atencion del enfermo, ó hacer que recaiga en objetos distintos de los que la ocupan» (loc. cit., p. 424). Los medios que pueden usarse para conseguir este resultado, se toman de la higiene, y se reasumen en la sola palabra *distraccion.* Es preciso remover ante todo las causas que han producido la hipocondria; evitar todas las emociones morales penosas, las sensaciones vivas, las meditaciones profundas y la soledad. Los hipocondriacos son por lo comun indóciles, y conviene que tengan á su vista personas de un carácter constante y moderado. Si es ventajoso que los enfermos no fatiguen su inteligencia, es necesario tambien que se entreguen á sus ocupaciones habituales, pero con mas moderacion que antes de su enfermedad, ó que elijan un trabajo que les agrade y les absorva mucho tiempo: nosotros preferimos una ocupacion regular y obligatoria á todas las distracciones imaginables. Sin embargo, cuando el enfermo no puede sujetarse á ella, deberá prescribirse el paseo á pie ó en coche, la equitacion y los demas géneros de ejercicio. «Conviene tambien aconsejar los viages, sobre todo por mar, la natacion, la jardinería, las escursiones botánicas, zoológicas y mineralógicas, los trabajos del campo, la caza, el juego de pelota, el del volante, de bolos, el juego de la sortija, la lucha, los ejercicios militares, etc. En invierno se puede recomendar la carrera en patines ó trineos, y el ejercicio de las artes mecánicas que exigen movimientos del cuerpo, como la del tornero, los juegos que producen el mismo resultado, tales como el de villar, la esgrima, el baile y el columpio, el canto, el uso de los instrumentos de música, todo lo que escite el curso de la sangre, las representaciones escénicas, los espectáculos, especialmente las comedias, las lecturas propias para distraer el espíritu y promover la risa, el juego moderado de ajedrez ó de naipes, y en todos los casos sociedad con personas joviales y alegres especialmente en la mesa» (J. Frank, loc. cit., p. 177). Esta enumeracion del médico aleman encierra casi todos los medios de distraccion, entre los que deben elegirse aquellos que se adaptan mejor á los hábitos, caracter, posicion social y fortuna del hipocondriaco. Seria demasiado fastidioso entrar en un exámen detenido de todas las modificaciones que

deben hacerse en la higiene aplicada á la hipocondria. Al hombre dedicado á los estudios sérios, se le aconsejará cultivar las bellas artes, y por el contrario, al músico y al poeta un estudio grave y profundo, para que varie el curso de sus ideas habituales. El soltero conseguirá curarse eligiendo una compañera cuyos solícitos cuidados ejerzan sobre él la mas favorable influencia. Hay enfermos que no piensan en su afeccion cuando se hallan muy fatigados, circunstancia que suele exasperarla en otros, etc. La soledad, la lectura de los libros de medicina y las conversaciones relativas á enfermedades ó á las ciencias médicas, deberán proscribirse severamente.

»Todas las prescripciones higiénicas pueden reasumirse en las siguientes palabras: imprimir á las ideas una direccion conveniente, ó diversa de la que actualmente tienen; moderar la actividad cerebral en unos, y escitarla en otros; procurar que los enfermos esten siempre distraidos, darles un alimento que no los fatigue; en una palabra, evitar ante todo el reposo del cuerpo y del espíritu, y por último, saber manejar al paciente con maña, y á veces dominarle por el temor ó por la persuasion.

»Generalmente se aconseja á los hipocondriacos que habiten un lugar templado, seco, ventilado y situado á cierta elevacion, donde la vista pueda descubrir espectáculos variados que distraigan al enfermo. Deberán proscribirse los paises frios, húmedos, nebulosos y oscuros en la mayor parte del año, como se hace tambien cuando existe melancolia.

»Georget, que es uno de los autores que mejor han estudiado el tratamiento de la hipocondria, opina que la alimentacion debe subordinarse al gusto de cada enfermo, variándola hasta que quede satisfecho. «Se puede prescribir sucesivamente, dice este médico, por base del régimen alimenticio los vegetales, los lacticinios y las carnes. La bebida que tomen para comer, será el agua pura, la cerveza aguada, ó bien el vino tinto añejo, poco cargado de alcohol y mezclado con mucha agua» (loc. cit., p. 146). Lo que debe evitarse especialmente es la abstinencia mas ó menos completa, á que se condenan ciertos enfermos por sus falsas ideas y por la creencia que tienen de que los alimentos pueden inflamar el estómago, ó por lo menos aumentar sus males. Muchas veces es precisa toda la autoridad del médico para obligarlos á que coman: la dieta tiene el inconveniente de aumentar la hiperestesia general y las neurosis viscerales de que son víctimas los hipocondriacos. Por lo demas, como todo lo que tendriamos que decir sobre la eleccion y cantidad de los alimentos no seria mas que una reproduccion de las reglas que dejamos trazadas al decribir la gastro-enteralgia, á ella remitimos al lector (véase este artículo en las *Enfermedades del estómago*).

»Los vestidos deben preservar al cuerpo de las variaciones de temperatura, sin producir un calor que seria perjudicial. Los de lana son preferibles á todos los demas, porque mantienen una temperatura igual é impiden el enfriamiento de las estremidades, que es bastante frecuente en una época avanzada de la hipocondria. Hay muchos individuos que imaginándose amenazados de una afeccion reumática, se cubren de vestidos muy calientes, y provocan un sudor que los debilita sin ninguna especie de utilidad.

»Deberán vigilarse atentamente las funciones generadoras y favorecer el flujo de las reglas. No conviene que se abstengan los hipocondriacos de los placeres del amor, á menos que los escesos venéreos hayan contribuido á desarrollar su enfermedad. Lejos de eso, hasta seria perjudicial la continencia, y deben buscar los pacientes en el bello sexo una distraccion á sus sufrimientos habituales.

»*Tratamiento farmacéutico.*—No tenemos ánimo de hacer una lista de todas las drogas anti-hipocondriacas que se empleaban en la antigüedad: los anti-espasmódicos, los tónicos, los amargos, los escitantes y los opiados, han tenido una gran boga y debido contar numerosos resultados favorables. En efecto, no hace mucho aun que confundiéndose con la *hipocondria* varias afecciones nerviosas gastro-intestinales, cardiacas y pulmonales, los medicamentos que acabamos de indicar debian ser muy útiles para combatir estas afecciones. Es preciso distinguir cuidadosamente dos órdenes de medicamentos, unos destinados á curar la hipocondria, y otros que convienen mas especialmente en las neurosis simpáticas: empezaremos por los primeros.

»Una vez establecido el tratamiento moral de la hipocondria, les queda poco que hacer á los agentes farmacéuticos; debiendo especialmente procederse con mucha reserva en el uso de remedios activos. Georget dice, que en ciertos casos, cuando la afeccion ha invadido rápidamente y con intensidad, es útil prescribir las sangrias generales y locales, las aplicaciones frias á la cabeza, los baños tibios, los pediluvios sinapizados, las bebidas dulcificantes, la distraccion, y una dieta mas ó menos absoluta. Pero estos casos son muy raros, y comunmente es preciso guardarse mucho de recurrir á las emisiones sanguíneas generales. El estado de plétora no siempre basta para indicarlas, y podriamos ademas equivocarnos sobre su verdadera naturaleza, pues muchas veces es aparente.

»Pomme elogia el tratamiento antiflogístico moderado, compuesto de los baños tibios y frios, los pediluvios, las bebidas y aguas minerales refrigerantes, las lavativas frias, el agua pura para bebida habitual, y los fomentos emolientes. Es preciso decir que este tratamiento influye poco para curar la hipocondria, aunque no deja de ser ventajoso en los individuos sobreescitados. Efectivamente conviene destruir el estado hiperestésico general, pues impide

que la medicacion dirigida contra la hipocondria produzca todo el efecto deseado. En los casos de esta especie se prescribirán los baños de agua templada durante muchas horas, ó los frios tomados en el rio ó en casa; pues algunos enfermos se encuentran muy bien en ellos pasando asi gran parte del dia. Georget dice tambien que se alivian mucho ciertos hipocondriacos, y se les procura un sueño muy tranquilo, haciéndoles antes de acostarse afusiones frias en la cabeza, ó simples aplicaciones de compresas empapadas en agua fria. Hemos conseguido grandes ventajas de esta medicacion en un enfermo en quien la usamos como parte esencial del tratamiento, no vacilando en considerarla como muy importante en el método curativo de la hipocondria, lo mismo que los baños frios y las afusiones. Sin embargo, algunos enfermos no pueden soportarlas, porque les producen una agitacion estremada, insomnio y debilidad. Tambien gozan de mucha eficacia las aguas minerales de Spa, de Pyrmont, de Vichy, de Seltz, y los baños de mar.

»Puede secundarse el uso de estos medios con la administracion de algunos ligeros antiespasmódicos, como las aguas de tila y de hojas de naranjo, el almizcle, la asafétida, la valeriana, el agua destilada de laurel real, etc., ó con ligeros sedantes, como el jarabe de adormideras, de tridáceo y el agua de lechuga. Dice Georget, que los narcóticos no calman los dolores de cabeza y rara vez disipan el insomnio, lo cual es posible que suceda en varios enfermos. Es evidente que conviene tantear la susceptibilidad de cada uno, y saber especialmente proporcionar las dosis á las circunstancias individuales.

»Consideramos no solo como inútil, sino tambien como nociva, la aplicacion de vejigatorios, que no hacen mas que irritar á los enfermos sin producir ninguna derivacion saludable de la enfermedad. Los purgantes son útiles para remediar el estreñimiento habitual de que se quejan continuamente los hipocondriacos.

»Existe una segunda clase de medicamentos de que hablan casi todos los autores; pero no los mencionaremos, pues en último analisis se dirigen tan solo contra las neurosis que se desarrollan á consecuencia de la hipocondria. Recorriendo las diversas obras, como por ejemplo la de Louyer-Villermay, se encuentra en ellas una estensa descripcion de todos los remedios que gozan de alguna eficacia en las afecciones neurálgicas. En efecto, la quina, las preparaciones ferruginosas, los amargos, los astringentes, los drásticos, la digital y los difusivos, tales como el éter y las tinturas aromáticas, pueden muy bien curar la gastro-enteralgia ó la neurosis cardiaca y pulmonal que no tardan en padecer los hipocondriacos. Pero debemos por eso indicar el tratamiento de todas estas neurosis? Seguramente que no; pues ya lo hemos estudiado detenidamente al ocuparnos de la gastro-enteralgia (véase esta enfermedad y la *neuralgia del corazon*).

»En cuanto al tratamiento de los paroxismos de la hipocondria, diremos que en ellos es en los que conviene sobre todo recurrir con mayor sagacidad á la medicacion moral y á las distracciones de todo género. Nada añadiremos á lo que hemos dicho de las complicaciones; cuando existan deberá modificarse el tratamiento de la hipocondria, combinando las reglas que se siguen en cada una de las enfermedades aisladamente.

»Naturaleza y clasificacion.—Entre los autores antiguos y modernos que han escrito sobre la hipocondria, muchos la consideran como distinta del histerismo, y solo de ellos hablaremos. En medio de las opiniones bastante diversas emitidas sobre el asiento de la hipocondria, pueden distinguirse dos principales, una que lo coloca en las vias digestivas, y otra que lo atribuye á otros órganos. Copiamos de la obra de Dubois la lista de los autores que distinguen la hipocondria del histerismo, y son; Demócrito, Hipócrates, Diocles de Carystea, Celso, Galeno, Areteo, Aetius, Pablo de Egina, Rhasis, Avicena, Serapion y la mayor parte de los árabes; Fernelio, Senerto, Michaelis, Riverio, Etmuller, Zachias, Willis, Mondeville, Stahl, Juncker, Hoffmann, Pressavin, Sauvages, Chambon, Astruc, Cullen, Bosquillon, Pinel, Louyer-Villermay, Georget, etc. Sydenham, Boerhaave, Van Swieten, Rob-Whytt, Lorry, Tissot, consideran estas dos enfermedades como idénticas. No referiremos aqui todas las opiniones establecidas por los autores sobre la naturaleza de la hipocondria, pues completaremos este trabajo en la seccion de la historia y bibliografia. Solo discutiremos las principales, para dar una idea precisa de la naturaleza del mal.

»Entre los autores que colocan la causa de la hipocondria en las vísceras abdominales, unos, como F. Hoffmann, consideran las afecciones de estos órganos como la única causa de la enfermedad, y otros, como Willis, admiten la lesion de un órgano, del bazo por ejemplo, pero hacen intervenir los espíritus animales, los vapores malignos, ú otras influencias ejercidas por las vísceras sobre el cerebro y el sistema nervioso. Esta influencia se ha considerado de diversos modos por los autores.

»Avicena refiere al hígado y bazo los humores morbosos que producen la enfermedad, y todos los arabistas sostienen esta opinion con corta diferencia; algunos fijan en el mesenterio y en los vasos del abdomen el asiento del mal. Ya demostraremos al trazar la historia, que la mayor parte de los antiguos y modernos han confundido la hipocondria con las neurosis gastro-intestinales. Fernelio considera como causas de la enfermedad las afecciones del bazo, hígado, bilis y páncreas, y los que le atribuyen una opinion diferente, ó le han comprendido mal, ó no han leido su obra: «Affectio hypochondriaca utriusque affecti visceris, maximeque lienis

»soboles est,» y admite dos formas de hipocondria, una benigna (*mitior*), producida por un humor melancólico que se acumula desmedidamente en el bazo y partes circunyacentes, y otra (*deterior et ferocior*), engendrada por una bilis negra ó amarilla que se acumula en el bazo y en el páncreas, difundiéndose en seguida por el mesenterio (*Universa medicina*, página 14, lib. VI, cap. VIII, en 4.º; 1656). Senerto abraza tambien la opinion de Fernelio; pero no hay duda que estos autores quieren designar la hipocondria sintomática de alguna lesion, ó enfermedades completamente distintas, ó en fin, varios desórdenes que sobrevienen en los últimos períodos del mal. Algunos autores dicen, que la hipocondria tiene su asiento en la vena porta, y que la estancacion de la sangre en este vaso y sus divisiones es la que produce todos los síntomas que se observan. Inútil es demostrar que esto es una mera hipótesis inventada por el espíritu sistemático, y que las afecciones del bazo y del sistema venoso abdominal nada influyen en la produccion de la enfermedad.

«Boerhaave y su comentador Van Swieten la atribuyen á la acumulacion del humor atrabiliario en los órganos del vientre: «Es producida, dicen estos autores, por un calor vivo que pone en movimiento una bilis amarilla y una sangre espesa y mas negra; siendo por lo comun los órganos de los hipocondrios los que afectados de un modo primitivo, obran simpáticamente sobre el cerebro y determinan el delirio. Cuando la materia atrabiliaria se fija en los órganos de que se trata, la enfermedad se llama *mal hipocondriaco*, porque la atrabilis ocupa las regiones precordial é hipocondriaca, particularmente las que corresponden al hígado, bazo, estómago y páncreas. Se ha designado con el nombre de *hipocondriacos* á los que padecen esta afeccion, á causa del asiento de la ansiedad y del dolor que esperimentan: podria llamarse *hipocondria* con materia la que va acompañada de alguna lesion visceral» (*de Cognosc. hom. morb.*, af. 1098, p. 482, en 4.º, París, 1791). Es visto, pues, que Boerhaave hace provenir esta afeccion de un humor atrabiliario, que se fija en el bazo, el estómago y el páncreas. Esta hipótesis hace poco honor á Boerhaave, porque no está apoyada en un solo hecho de observacion.

»Despues de haber rebatido Hoffmann las diferentes opiniones que se habian emitido antes de él, asigna á la enfermedad el mismo asiento, fijando únicamente su atencion, como todos sus predecesores, en las alteraciones del aparato digestivo, y de ningun modo en las del cerebro. Creemos, dice este médico, que reside en las membranas que componen el tubo alimenticio, principalmente en su *túnica nerviosa.* Bajo este nombre designa el tejido celular que se encuentra entre los diversos planos membranosos que forman los intestinos; y esplica todos los síntomas de la enfermedad por la lesion de esta túnica, cuyos movimientos irregulares alteran profundamente la digestion y la quilificacion (loc. cit., p. 66). La opinion de Hoffmann, aunque mas precisa en apariencia que la de otros autores, debe desecharse, porque no se refiere mas que á un solo órden de fenómenos, es decir, á los que ocupan el aparato digestivo; y ademas ¿quién ha de admitir esta perversion del movimiento peristáltico, ni aun para esplicar los síntomas gastro-intestinales?

»Higmoro hace depender la hipocondria de la constitucion viciada y debilitada del estómago (*Nathanaelis Hygmor exercitationes duæ: prior de passione hysterica, altera de affectione hypochondriaca*. Oxonii, 1668, en 12.º). Elmuller coloca su asiento en la porcion del colon que ocupa el hipocondrio izquierdo, el cual suele contener materias fecales y mucha cantidad de gas (*Dissertatio de malo hypochondriaco*, 1676); y considera esta enfermedad como una especie de escorbuto. Mondeville cree debe atribuirse á una quilificacion imperfecta (*Treatise of the hypocondriac and hysteric passions*; Lond., 1711).

»Juncker atribuye la afeccion hipocondriaca á la lentitud y dificultad de la circulacion de la sangre en la vena porta y en las vísceras que comunican con este vaso (*Conspectus medicinæ*, p. 186). Cheine piensa que la hipocondria depende, lo mismo que todas las enfermedades nerviosas, de obstrucciones de las glándulas del estómago, los intestinos, el hígado, el bazo, el mesenterio ó los demas órganos del vientre (*The english malady or a treatise of nervous diseases of all hinds*; Londres, 1733).

»Louyer-Villermay coloca el principio de la enfermedad en las vísceras abdominales, especialmente en el estómago, y opina que está afectado su sistema nervioso ó sus propiedades vitales, sobre todo su sensibilidad orgánica (loco citato, t. I, p. 328). Aunque este médico no pronuncia la palabra neurosis, es evidente que tal es en su concepto la naturaleza de la hipocondria, y que hace derivar los demas síntomas de la lesion nerviosa del tubo digestivo: «Veremos, dice aquel autor, en la série de síntomas que se enunciarán, una afeccion simultánea y primordial de los órganos, tanto esenciales como accesorios, que componen el aparato digestivo, á cuya alteracion se agrega simpáticamente el desórden consecutivo de casi todos los demas de nuestra economia; en su consecuencia una exaltacion de la sensibilidad general, y por último afeccion simpática de las facultades morales é intelectuales» (loc. cit., p. 328).

»En sentir de Broussais y de los partidarios de su doctrina, la hipocondria no es otra cosa que una gastritis crónica que provoca una irritacion cerebral secundaria. En su *Tratado de terapéutica y de patologia general* limita esta opinion, demasiado absoluta, y admite que puede existir la hipocondria sin lesion alguna

gastro-intestinal, siendo entonces una simple vesania (t. V, p. 222, en 8.º; Paris, 1835). Como creemos que seria inútil insistir sobre esta materia, solamente recordaremos, que las diferencias que existen en los síntomas, curso, pronóstico, y sobre todo en el tratamiento de la hipocondría, comparada con la flogosis del tubo digestivo, son tales que es imposible desconocerlas. Los que quieran apreciar por sí mismos el valor de los argumentos que han servido para destruir la doctrina de la irritacion sobre este punto, no tienen mas que leer el artículo consagrado por Georget á la hipocondría (*Dict. de méd.*, 2.ª edic., p. 135 y 136). Además puede establecerse como prueba irrecusable la falta de toda alteracion de la membrana mucosa del tubo digestivo, á menos que la enfermedad sea muy antigua y haya determinado secundariamente alguna lesion.

»Diocles de Caristea y Galeno, cuyas ideas espondremos mas adelante, han observado muy bien los fenómenos cerebrales. Willis tiene especialmente el mérito de haber sido uno de los primeros que establecieron que estos fenómenos son muy importantes, y que no deben hacerse dimanar todos los síntomas de la debilidad del estómago. Dice este médico, que los principales son espasmódicos, y mas bien dependen inmediatamente de la irregularidad del curso de los espíritus animales y del fluido nervioso, que del mal estado de las vísceras que sirven para la digestion (v. *Historia*).

»Sydenham admite, lo mismo que Willis, la influencia de los espíritus animales en la produccion de los fenómenos nerviosos, y dice que el desórden de estos espíritus es la causa de la hipocondría y del histerismo. En vano hemos recorrido toda la disertacion del médico inglés, pues nada hemos encontrado mas claro que esta hipótesis estraña, repetida en muchos puntos de su obra: «Del desórden de los espíritus animales, dice, es de donde provienen las agitaciones del alma y las veleidades que se ven en las mujeres histéricas y en los hombres hipocondriacos, etc.;» y mas adelante: «De todo lo que hemos dicho me parece inferirse claramente, que la indicacion principal que debemos satisfacer en el tratamiento del histerismo, consiste en fortificar la sangre, que es la fuente de los espíritus animales, etc.»... No fue Sydenham tan feliz en su teoría como Willis, pues aunque este último admite tambien los espíritus animales, tiene el mérito de haber hecho representar al sistema nervioso un gran papel en la produccion de los fenómenos hipocondriacos.

»La opinion de Cullen, fundada en una interpretacion exacta de los síntomas de la enfermedad, es con corta diferencia la que han reproducido Falret y Georget. Distingue cuidadosamente la dispepsia de la hipocondría, y considera esta última afeccion caracterizada por un estado particular del espíritu, que va acompañado de fenómenos espasmódicos. Verdad es que este autor no puede menos de sacar á plaza su teoría predilecta, y atribuye el estado cerebral «á la rigidez de los sólidos, al entorpecimiento de la potencia nerviosa, y al equilibrio particular que se manifiesta en una edad avanzada entre los sistemas arterial y venoso, y que existe mas ó menos en todas las épocas de la vida en los temperamentos melancólicos» (loc. cit., p. 419). Pero estos ligeros defectos no impiden reconocer, que Cullen fue el primero que refirió la enfermedad que nos ocupa á una alteracion mental.

»La opinion de este último médico es la que predomina en la actualidad. Georget se esfuerza en demostrar: 1.º que los fenómenos característicos de la hipocondría pertenecen á la cabeza; 2.º que los demas fenómenos no son constantes; 3.º que casi todas las causas de la enfermedad ejercen una influencia directa en las funciones cerebrales; y 4.º que los agentes mas eficaces son los medios morales. Por lo que hace á la naturaleza de la enfermedad, le parece difícil de precisar; no opina que sea una flegmasia, y aunque no está muy dispuesto á servirse de las palabras *neurosis* ó *afeccion nerviosa* para designarla, ellas son sin embargo las que representan mejor su pensamiento. Este médico se inclina á creer «que el esceso de irritabilidad de los nervios del estómago, unido al abuso que hacen casi todos los enfermos de una multitud de remedios irritantes, basta para esplicar la frecuencia de las flegmasias y degeneraciones en los hipocondriacos» (*De la physiologie du systeme nerveux et specialement du cerveau*, 2 vol. en 8.º; Paris, 1821; y art. del *Dic. de méd.*, 1.ª y 2.ª edic.). Falret ha apoyado esta opinion con algunas pruebas que no dejan de ser convincentes (*De l'Hypochondrie et du suicide*; en 8.º; Paris, 1822). J. Frank procura igualmente establecer que la hipocondría es una neurosis: «El sentido interno, dice este médico, está afectado de tal modo, que trasmite impresiones morbosas al sensorio comun, y hace que el enfermo tenga nociones falsas de los cambios que se verifican en su economía» (*Praxeos*, loc. cit., p. 193). No insistiremos mas sobre esta opinion, que merece todos los sufragios; pues ya nos hemos ocupado de ella suficientemente en el curso de este artículo. Hasta hemos descrito los síntomas y el curso de la enfermedad segun esta hipótesis, diciendo que el punto de partida de los accidentes es el cerebro; y añadiremos aquí, que la falta de toda lesion de este órgano nos obliga á admitir la existencia de una simple perversion de la inervacion cerebral, ó en otros términos, un trastorno de las facultades sin lesion apreciable de la materia. Aun cuando se encontrasen en algunos casos lesiones de las meninges ó de la sustancia del cerebro, no por eso deberia deducirse que la hipocondría dependia de ellas; porque puede suceder muy bien, como observa Esquirol, que una neurosis cerebral produzca á la larga modificaciones mor-

bosas en los tejidos, del mismo modo que provoca la gastro-enteralgia varias enfermedades orgánicas del estómago.

»Por lo demas esta cuestion queda ya discutida en nuestro artículo LOCURA.

»CLASIFICACION.—Los nosógrafos incluyen la hipocondria en clases bien diferentes. Sauvages la coloca en su VIII clase, que comprende las vesanias (*Error in imaginatione, appetitu, vel judicio*), y Linneo en las enfermedades mentales (clase V) é imaginarias, al lado del somnambulismo y de los vértigos. Este autor incluye la melancolia entre las afecciones mentales ideales (*Genera morborum definita*, 1763). Esta manera de clasificar la hipocondria es enteramente exacta, y prueba que estos dos nosógrafos consideran la perturbacion mental como el primer caracter de la afeccion. Vogel ha sido menos feliz incluyéndola entre los espasmos (clase V). Cullen no vacila en colocarla entre las *neurosis* (clase II), en el órden de las adinamias (órden II), formado por enfermedades que consisten en la debilidad de las funciones vitales y naturales (*Nosol. meth. y Elem. de méd. prat.*, loc. cit.). Sagar la comprende en la clase XII, y hace de ella una vesania, que se encuentra al lado de la alucinacion y del somnambulismo (*Sistema morb.*; Viena, 1771); y Pinel la considera igualmente como una vesania (*Nosog. filos.*). Si quisiéramos conformarnos con el órden anatómico que se sigue hoy en las clasificaciones nosográficas, deberia colocarse la hipocondria entre las neurosis gastro-intestinales ó cerebrales, segun se considerase el punto de partida de todos los desórdenes en el tubo digestivo ó en el cerebro.

»HISTORIA.—Se ha creido hallar una indicacion de los principales fenómenos de la hipocondria en uno de los pasages de Hipócrates (*De morbis*, libro II); sin embargo, como los fenómenos de que habla el médico griego pertenecen mas á la gastro-enteralgia que á la hipocondria, deberemos permanecer por lo menos dudosos sobre este punto. Diocles Carystus, médico de Antígono, hace una descripcion referida por Galeno, y que se aplica á una simple neurosis del tubo digestivo, ó á otras enfermedades de esta víscera (v. en *Galeni Oper. omn. de Locis affectis*, lib. III, cap. 7). Galeno distingue la hipocondria de las afecciones flatulentas del tubo digestivo, y aun reconoce la parte que tiene el cerebro en la produccion del mal; pero no sabe conservar siempre una separacion marcada entre estas enfermedades, pues designa muchas alteraciones viscerales, ya del bazo ó ya de los intestinos, como causas de los fenómenos hipocondriacos. «De flatulento vero vocato et hipochondriaco morbo nemo »non dixit, quomodo tristitiam, desperationem, »mœstitiam inducat, atque, ut summatim di»cam, ad melancholiæ symptomata nihil reli»qui faciat. Atque hi etiam apparent, post cru»ditates, dictis symptomatis multo vehemen»tius infestari; plures ex ipsis splenici quo»que sunt, etc.» (*de Locis affectis*, lib. V, capít. 6, t. VIII, p. 342; en *Oper. omn.*, edente Kuhn).

»Aecio admite la presencia de humores melancólicos que se dirigen al cerebro; pero indica al mismo tiempo los principales trastornos intelectuales de la hipocondria (*Tetrabib*, ser. 2). Avicena no hace mas que copiar á los griegos, contentándose con reproducir los síntomas y las esplicaciones humorales que dieron estos. El hígado y el bazo le parecen á este médico el punto de partida de la enfermedad. (Avicen., *Canon medicinæ*, III).

»Carlos Pison quiere que la superabundancia y estancacion de la serosidad sean la causa de todos los síntomas de la hipocondria; nada hay de claro ni preciso en la obra de este autor, que solo tiene algun interés bajo el punto de vista histórico (*Solutionum, et observationum, et consiliorum de prœtervisis hactenus morbis*, etc.; en 4.°, 1618). Fernelio y Daniel Senerto colocan el asiento del mal en los intestinos. Ya hemos desenvuelto sus doctrinas sobre este punto, y demostrado que las teorias humorales representan en ellas el principal papel (Fernelio, *Univers. médic.*, loc. cit., Daniel Senerto, *Instit. médic.*, en 8.°, 1620).

»Ha reinado por mucho tiempo en la ciencia la opinion que consiste en colocar el asiento de la hipocondria en el estómago, los intestinos, el mesenterio, el pancreas, la vena porta, los vasos mesentéricos, el hígado, el bazo, etc.; y aunque variasen los autores algo en la parte mas ó menos considerable que toma cada una de estas vísceras en la hipocondria, en resumen admitian que tal era el asiento del mal (υπο χονδος, en los hipocondrios). Pablo Zacchias es de esta opinion, y hace depender la enfermedad del escesivo enardecimiento de las partes que acabamos de referir (*de Mali hypochondriaci*, 1639, en 4.°, Roma).

»Seria demasiado fastidioso enumerar todas las obras que se han publicado sobre la hipocondria, y solo referiremos las mas importantes, de cuyo número son las de Willis é Higmoro. El primero determinó mejor que se habia hecho antes de su tiempo la influencia morbosa del sistema nervioso sobre la produccion de los síntomas hipocondriacos, y no da tanta importancia á las vias digestivas (*Pathologia cerebri et nervosi generis specimen*, etc. en 12.°; 1660). El segundo, que habia publicado una obra sobre esta materia casi al mismo tiempo que Willis, sostiene qne la saburra de las primeras vias es la causa de la quimificacion imperfecta de los alimentos, y por consiguiente de todos los síntomas de la enfermedad; opinion que procuró dilucidar de nuevo despues de la publicacion del tratado de Willis (Higmoro, *Exercitationes duæ, prior de passione hysterica, altera de affectione hypochondriaca*; 1660; en 12.°; Idem, *de Passione hysterica et affectione hypochondriaca respons. epistol. ad*

Willisium; 1670). Willis le contestó sosteniendo su doctrina (*Affectionum quæ dicunctur hystericæ et hypochondriacæ pathologia spasmodica, vindicata contra responsionem epistolarem Nathanaelis Hygmor.*; Londres, 1680, en 8.º). Cuando se leen comparativamente estos dos libros, no puede menos de reconocerse la superioridad de Willis, cuya doctrina triunfó y ejerció una influencia favorable en las obras ulteriores. Sin embargo, Sydenham no supo utilizar muy bien las luces que estos trabajos habian difundido sobre la hipocondria, pues en su *Disertacion de la afeccion histérica* confunde estas dos enfermedades, y la descripcion que de ella hace es confusa, pudiéndose decir que este escrito desmerece de sus demas obras (*Dissertatio epistolaris ad Guilleaume Cole, de affect. hysterica*; 1681, en 12.º; y en *Oper. omnia.*

»Stahl, que reune la hipocondria al histerismo, cree que es producida por la congestion de una sangre abundante y demasiado espesa, que no circula con regularidad en la vena porta, y por el esfuerzo que hace para abrirse paso por las partes superiores é inferiores (*Dissertationes de motu tonico* en *Theor. med. vera*; Haller, 1708, en 4.º).

»Boerhaave y Van-Swieten han dado, bajo el nombre de *melancolia*, una descripcion, en la que se encuentran reunidas muchas afecciones muy diferentes de la hipocondria. Hemos creido debernos valer lo menos posible de esta descripcion, y asi es que hemos tomado de ella pocas citas (*Aphor. de cognosc.*, §. 1089, t. III, pág. 459, en 4.º; Paris, 1771). No sucede lo mismo con la preciosa disertacion de F. Hoffmann sobre la hipocondria; pues aunque destina algunas líneas á especulaciones teóricas, consagra numerosas páginas para trazar una historia completa de esta enfermedad, separándola muy exactamente del histerismo: los síntomas, el curso, la duracion y la etiologia, dejan poco que desear (*de Affectu spasmodico, flatulento seu hypochondriaco, theses pathol.*; en *Op. omnia*, t. II, p. 64, en fol.; Génova, 1761).

»Poco es lo que nos hemos servido de las obras de Flemyng (*Nevropathia, sive de morbis hypochondriacis et hystericis libri tres*; en 8.º, 1741); Fracassini (*Naturæ morbi hypochondriaci investigatio*; Verona, 1756); Raulin (*Traité des affections vaporeuses du sexe*; en 12.º; Paris, 1758); Pomme (*Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1767, en 12.º, Lyon); y Tissot (*Traité des nerfs et de leurs malad.*; 1778, 5 vol. en 12.º); prefiriendo tomar nuestros datos de obras que tienen mas precision y menos digresiones que las que acabamos de citar.

»Entre las que ocupan el primer lugar, y cuya lectura es indispensable, debemos especialmente referir la de Whytt (*les Vapeurs et maladies nerveuses*, etc., trad. del inglés por Lovegue de Presle; Paris, 1767, en 12.º); pues encierra una esposicion histórica y bibliográfica que puede consultarse con ventaja; y la de Cullen, que es una de las mas notables que poseemos en la actualidad: la descripcion que hace es concisa, y se halla exenta de toda discusion teórica; establece una distincion fundamental entre la hipocondria y la gastro-enteralgia, y demuestra que pueden agregarse á los síntomas de la primera enfermedad algunos accidentes propios de la segunda. No insistiremos mas en la obra del ilustre médico escocés; pues ya lo hemos citado bastantes veces.

»Louyer-Villermay publicó primero en 1802 sus *Investigaciones sobre la hipocondria* (tésis en 8.º, Paris), y despues su *Tratado de las enfermedades nerviosas ó vapores* (2 vol. en 8.º; Paris, 1816, y el artículo HIPOCONDRIA, en el *Dict. des sc. méd.*, en 8.º; Paris 1818); cuyos escritos contienen preciosos datos, de que se han servido todos los autores franceses y estranjeros que han estudiado la misma materia. Sin embargo dejan desear una apreciacion mas severa de los hechos que encierran, una narracion menos difusa y una crítica mas profunda sobre los puntos oscuros y contenciosos; en una palabra, la obra de Louyer-Villermay, que ha prestado grandes servicios en la época en que apareció, satisface ya medianamente las exigencias actuales. Encuéntrase en las obras de Falret y Georget una escelente descripcion de las perturbaciones del sistema nervioso: la opinion de estos médicos sobre la naturaleza de la hipocondria, ilustra mucho su sintomatologia; pero añaden poco á lo que ya se sabia, y no hacen mas que reproducir en gran parte las descripciones de Louyer-Villermay.

»No terminaremos este artículo bibliográfico sin citar con distincion el libro de Dubois (*Histoire philosophique de l'hypochonprie et de l'hysterie*, en 8.º; Paris, 1833); en el cual brilla un conocimiento muy estenso de cuanto se ha publicado sobre la hipocondria, y una crítica que se hace indispensable para que el lector pueda disipar las tinieblas que rodean muy á menudo esta materia. Desgraciadamente algunas palabras y discusiones inútiles, y las continuas digresiones, hacen muchas veces cansada la lectura de este libro, siendo de sentir tambien que la historia de la hipocondria se halle sin cesar mezclada con la del histerismo. Por lo demas el autor ha sabido bosquejar con mas claridad y exactitud que se habia hecho hasta su tiempo, los principales caractéres de la hipocondria. Pero en vano se buscarán datos nuevos en su obra.

»La hipocondria afecta, segun Brachet, ambos sistemas nerviosos, asi el cerebral como el gangliónico, y depende de una perturbacion de sus funciones, de una ataxia de los nervios cerebrales y gangliónicos; por lo que propone llamar á la hipocondria *neurataxia ganglionica* (*Rech. sur la nature et le siege de l'hyst. et de l'hypochond.*, página 174, en 8.º; París, 1832).

»Si se escluyen de las innumerables disertaciones y obras que se han publicado sobre la

hipocondria, las hipótesis ridículas é insostenibles, las discusiones teóricas sobre el movimiento de los vapores, de los ácidos volatilizados, los espíritus animales, etc., y las repeticiones interminables sobre las pasiones y la moral, quedarán reducidas á un corto número las páginas que pueden leerse con provecho.» (Monn. y Fl., *Compendium*, etc., t. V, página 35—68).

ORDEN QUINTO.

Enfermedades de los órganos de la voz y palabra.

Como estos órganos, ó bien pertenecen á la patologia esterna, ó bien desempeñan simultáneamente otras funciones, se han descrito en otros puntos la mayor parte de sus enfermedades. Ahora nos limitaremos á las que estrictamente pertenecen á la voz y la palabra, cuales son la afonia y la tartamudez.

ARTICULO PRIMERO.

De la afonia.

«Derívase la palabra afonia de α privativo, y de φωνή, voz.

»Sinonimia.—*Vocis amputatio*, de Celio Aureliano.—*Aphonia* de Baillou, Hoffmann, Sauvages, Linneo, Vogel, Sagar y Cullen.—*Dysphonia* de Goodwin.—*Raucedo paralytica* de Darwin.

»Definicion.—Baillou (*Opera omn. med.*, t. III, p. 29; Ginebra, 1762), ha establecido muy bien, á nuestro parecer, el valor de la palabra afonia, que ha sido mal interpretada por algunos autores; hé aquí como se esplica con este objeto: «Aliud est obmutescere ægrum, aliud voce defici atque destitui. Hoc enim majus est, et utrumque quidam confundunt, et malè quidem. Erroris fortè occasio fuit, quod aliquando apud Hipocratem φωνή χαί αὐδή idem sint.... Pueri non sunt ἄφωνος, ἄφωνοι, sed ἄναυδοι, quia vocem articulare nequeunt utpotè voci servientibus vinculis nondum espeditis. Et multi ἄλαλοι dicuntur, non quod sonum edant et vocem, sed quia articulare nequeunt... Cœterum ne rerum confusio sequatur ex verbis, placet eorum interpretatio qui ἀναύδους mutos vocant utpotè sermonem proferre nequeuntes; ἀφώνους, non mutos, sed voce privatos, et defectos, ut nihil planè obaudiatur, nec articulatum, nec alio modo sonans.» Esta definicion está hoy casi generalmente adoptada, pudiéndose decir que la palabra afonia se emplea para designar la privacion ó suspension de la voz en un grado de intensidad variable, que sobreviene con independencia de un estado de coma ó de síncope.

»No debe la afonia confundirse con la musitacion ni con la mudez. En la musitacion se mueven los labios y la lengua para articular las palabras, pero el sonido bucal no se verifica, ó si se produce es tan débil que no puede oirse; cuyo estado precede ordinariamente á la afonia. En la mudez se observa una incapacidad mas ó menos absoluta de formar los sonidos articulados; el timbre de la voz es normal, y únicamente sufre alguna modificacion por los movimientos de la lengua, de los labios y demas partes de la boca.

»Division.—Robertson (*The cyclop. of pract. med.*, t. I, p. 118; London, 1833) admite, segun Cullen, las tres especies de afonia siguientes: 1.° afonia gutural, que resulta de la tumefaccion de los órganos de la garganta ó de la glotis; 2.° afonia traqueal, producida por un tumor desarrollado en las inmediaciones de la tráquea y que la comprime, y 3.° afonia atónica, causada por paralisis de los nervios que se distribuyen por la garganta y la laringe. Robertson cree que en ningun caso puede mirarse la afonia como una enfermedad idiopática, y establece que este accidente es siempre sintomático de una afeccion del aparato respiratorio ó de cualquiera otro. Sauvages (*Nos. met.*, Venecia 1772, t. I, p, 407) dividia la afonia en nueve especies que designaba del modo siguiente: 1.° afonia melancólica, que coincide con un estado de tristeza repentina que trae consigo un abatimiento pronunciado; 2.° afonia por antipatia, que parece suceder al uso de cangrejos cocidos, y ceder por este mismo alimento en estado de crudeza; 3.° afonia de la embriaguez, que algunas veces procede de la accion del beleño ó del estramonio; 4.° afonia catarral, llamada por otro nombre estincion de voz; 5.° afonia aneurismática, que resulta del hundimiento de la tráquea por la compresion que ejerce sobre ella un tumor aneurismático; 6.° afonia traumática, que es producida por la seccion de los nervios recurrentes, etc...; 7.° afonia histérica, que depende de una contraccion espasmódica de la laringe; 8.° afonia paralítica, que coincide con la hemiplegia, y 9.° afonia pulmónica, que es efecto de alteraciones mas ó menos profundas del pulmon ó del pericardio. Y al terminar añade este autor, que «las demas dificultades de la voz, ora son fugaces como en la epilepsia, ora sintomáticas como en la apoplegia, el caro y el síncope; ora en fin no se manifiestan sino como un fenómeno accesorio como sucede, por ejemplo, en la paraplegia.»

»Esta reseña de las opiniones de Sauvages con respecto á la afonia probará sin duda que la division adoptada por este autor no se halla exenta de inconvenientes. Efectivamente, describe este autor en capítulos separados las afonias nerviosas de los autores que hubiera podido reunir, y se esplica incompletamente sobre la naturaleza de las afonias que sobrevienen como fenómeno de coincidencia en ciertas afecciones de las vias respiratorias. Los autores que le siguieron, aunque sin incurrir en las

mismas faltas, no fueron mas felices por punto general.

»Sin insistir mas en las diferentes divisiones admitidas por los autores, estableceremos nosotros, que la afonia es la espresion sintomática de un estado enfermo: 1.º de la membrana mucosa de las vias aéreas que constituye la abertura de la glotis; 2.º del velo del paladar y de los órganos de la garganta; 3.º de los nervios sensitivos pertenecientes á la parte superior de las vias respiratorias; 4.º de los conductos aéreos sub-laríngeos por efecto de una compresion de la traquearteria, ó de una alteracion del diafragma, etc.... Estas cuatro categorias comprenden perfectamente, á nuestro parecer, todas las circunstancias alegadas por los autores como causas de afonia.

»La laringitis preside casi constantemente á la manifestacion de la afonia, entendiendo con Cruveilhier (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, tomo I, p. 21) por laringitis, la inflamacion de la membrana mucosa de la laringe y la del tejido celular sub-mucoso de este órgano; de aqui resultan dos especies anatómicas bien distintas, que son la laringitis mucosa y la laringitis sub-mucosa. A la primera de estas dos variedades referiremos la laringitis catarral aguda, la crónica, la ulcerosa, la simple ó específica (venérea, crupal, etc.); y á la segunda la laringitis supra-glótica ó edema de la glotis de Bayle y otros autores, y la laringitis sub-glótica, que Cruveilhier (loc. cit., p. 41) considera casi tan frecuente como la anterior, y que no obstante, no se habia incluido antes de él en los cuadros nosológicos.

»En todos los padecimientos de la laringe se observa una alteracion mas ó menos marcada de la voz, que se hace ronca, tomada ó grave cuando la inflamacion disminuye un poco las dimensiones de la glotis; aguda y aun apagada cuando el estrechamiento es mas considerable; seguida de un silvido muy corto pareciendo que la articulacion de las palabras se forma en las inspiraciones, de modo que la voz participa un poco del carácter de la de los ventrílocuos aunque es mucho mas baja y débil, cuando se han formado en la laringe falsas membranas (Guersent, *Dict. de méd.*, 2.ª edic., tomo IX, p. 321).

»Con bastante frecuencia se manifiesta la afonia durante el curso de la tisis pulmonal. Segun Louis (*Rech. sur la path.*, 1821, p. 266), la ronquera es uno de los primeros síntomas que revelan la existencia de ulceraciones en la laringe, y la afonia se declara veinte dias, un mes ó dos y aun mas, antes de la muerte. En los enfermos observados por este profesor, cualquiera que fuese la variedad de la ulceracion de la laringe, los síntomas eran de igual naturaleza; pero ofrecian las mayores diferencias con respecto á su fuerza y duracion: existia la ronquera en las cuatro quintas partes de los casos; y cuando la ulceracion era superficial, solia ser la afonia poco pronunciada; pero cuando este accidente se hacia notable y duraba uno ó muchos meses, era indicio de profundas ulceraciones. Se ha observado la ronquera en algunos casos en que no habia inflamacion ni ulceracion de la membrana mucosa de la laringe; pero duraba poco, se presentaba en épocas variadas de la afeccion, y estaba exenta de dolor de garganta. Observaremos, para terminar este punto, que segun Louis (loc. cit., p. 51), deben considerarse las ulceraciones de la laringe, y especialmente las de la traquearteria y de la epiglotis, como lesiones propias de la tisis; pero esta opinion no está generalmente adoptada. En efecto, Cruveilhier (loc. cit., p. 27) admite que puede existir la tisis traqueal por sí sola con independencia de toda afeccion pulmonal. Seria sin duda interesante discutir aqui estas proposiciones contradictorias, para juzgar del valor pronóstico de la afonia; pero ya lo hemos hecho al tratar de la laringitis y de la afeccion tuberculosa del pulmon. Solo debemos repetir en este lugar, que á nuestro entender no estan los hechos conformes con la opinion emitida por Louis, y que por lo tanto juzgamos á la afonia susceptible de curarse, aun cuando haya persistido algunos meses, y no vemos en ella un fenómeno tan grave como pudiera suponerse por la opinion de dicho autor. Hemos oido en muchos casos á Rostan espresarse en estos términos: «La lesion que produce la afonia es algunas veces poco profunda; sin embargo, aunque no se agregue alteracion alguna á la que existe desde el principio, puede prolongarse mucho tiempo la pérdida de la voz. En estos casos se ve á los enfermos quedar privados de repente de la facultad de emitir los sonidos laríngeos, y recobrar de pronto esta facultad, sin que pueda positivamente esplicarse esta irregularidad en la manifestacion de la afonia. Es probable que basten entonces para provocar los fenómenos de la afonia, una ligera fluxion sanguínea á la membrana mucosa de la laringe, un poco de tumefaccion de las cuerdas vocales, ó la acumulacion de una corta cantidad de moco.» Portal decia (*Anat. méd.*, t. IV, p. 552): «Cuando la glotis está empapada de serosidades ó mucosidades abundantes, como sucede en ciertos catarros, se hace ronca la voz, se debilita y se apaga; y se hace por el contrario muy aguda, cuando aquel órgano está privado de su humedad natural como sucede en las inflamaciones.»

»Andral (*Clin. méd.*, t. IV, p. 201, 1834) ha establecido del modo siguiente las relaciones que existen entre ciertas alteraciones de la laringe y las modificaciones de la voz que les corresponden: «Una simple rubicundez con hinchazon ligera de la membrana mucosa que tapiza las cuerdas vocales ó los ventrículos, basta para cambiar notablemente el timbre de la voz.

»La ulceracion de la membrana mucosa de estas mismas partes, produce en la voz un cambio, que no suele ser mas considerable que

el que determina la simple tumefaccion de la membrana.

»En estas dos circunstancias el cambio de la voz parece depender : 1.º de una acumulacion insólita de moco ó de pus en los ventrículos; 2.º de la modificacion que necesariamente sufrirán en su testura y por consiguiente en su elasticidad los ligamentos tiro-aritenoideos, cuando dejan de estar cubiertos por la membrana mucosa.

»Las ulceraciones situadas en otros puntos de esta membrana, y especialmente entre las estremidades anteriores y posteriores de las cuerdas vocales, no producen en la voz ninguna modificacion notable.

»Los tumores de diversas formas que elevándose del fondo de los ventrículos los obstruyen, hacen la voz ronca y como áspera; y una tumefaccion considerable de la mucosa de los ventrículos produce el mismo efecto.

»La destruccion mas ó menos completa de una de las cuerdas vocales, estando la otra sana, no produce muchas veces mas alteracion en la voz que las lesiones precedentes; en otros casos por el contrario, basta por sí sola para determinar la afonia.

»Es completa la afonia cuando los dos ligamentos tiro-aritenoideos estan simultáneamente alterados.

»La estincion de la voz llega á su mas alto grado, cuando los músculos aritenoideos han sufrido algunas de las alteraciones que acabamos de indicar.»

»Los sugetos afectados de sífilis constitucional son invadidos algunas veces de afonia. Esta complicacion, segun Lagneau (*Tr. prat. des mal. syphil.*, tomo II, págna 327 y 328) reconoce casi siempre por causa inmediata una inflamacion sifilítica de la laringe, cuyos efectos varian segun que tenga su asiento en la glotis ó en las regiones mas profundas de la cavidad del órgano. Es bastante comun entonces que participen los cartílagos de la laringe de los progresos del mal, afectándose de una caries mas ó menos grave. El pronóstico es siempre poco lisongero, y el tratamiento debe dirigirse segun las indicaciones particulares que convenga satisfacer.

»En las inflamaciones del tejido celular subyacente á la membrana mucosa de la laringe, sufre tambien la voz alteraciones particulares. Estas modificaciones no presentan al parecer notables diferencias, sea que la alteracion ocupe el tejido submucoso que rodea la abertura de la glotis, ó sea que se acerque mas á la traquearteria, á los bronquios, etc.... En estos diversos casos la voz es al principio ronca, cuyo caracter desaparece pronto por grados; despues se hace aguda, algunas veces interrumpida de repente, sibilante y crupal; por cuyos caractéres se asegura que puede reconocerse una afonia dependiente de la laringitis submucosa.

»De las consideraciones que preceden puede deducirse, que las alteraciones leves ó profundas de la membrana mucosa de la laringe ó del tejido celular submucoso de este órgano, traen casi siempre consigo una modificacion evidente en los caractéres de la voz, y que muchas veces ocasionan una abolicion completa de los sonidos laringeos. Parece, pues, perfectamente demostrada la existencia de la primera especie de afonia admitida por nosotros. Para distinguir esta forma sintomatológica de las que podrian simularla, conviene añadir que á la afonia se agregan por lo comun una sensacion de incomodidad, estorbo y dolor en la laringe; un aumento de los sufrimientos por la presion lateral ejercida sobre el cartílago tiroides; una tos laríngea fatigosa y dolorosa, algunas veces espasmódica, estrepitosa y ronca ó enteramente oscura en cuanto al ruido que ocasiona; esputos mucosos, semi-trasparentes, opacos y á veces puriformes; una dificultad mas ó menos notable de la respiracion, que se manifiesta especialmente durante la inspiracion; y en fin, una deglucion tambien mas ó menos dolorosa, independientemente de toda alteracion de la faringe y de los órganos de la garganta.

»Esta afonia constituye una de las formas mas graves que tenemos que examinar, no solamente porque muchas veces se resiste largo tiempo á toda medicacion; sino tambien porque depende de afecciones pulmonales mas ó menos graves, siendo muy comunmente su espresion sintomática.

»Los medios antiflogísticos, los revulsivos á la piel y al tubo intestinal, las fumigaciones acuosas emolientes, y algunas veces el tratamiento especial adaptado á cada caso particular, constituyen la base de las medicaciones que conviene oponer á esta clase de afonia. Cuando sea antigua, podrá usarse tal vez con buen éxito la cauterizacion de la laringe en su parte superior, segun el procedimiento indicado por Trousseau (*Journ. univ. et hebd. de méd. et de chir. prat.*, p. 191 y sig.; 1832). Para esto se coge una ballena como de línea y media de diámetro, y se calienta á la llama de una bujía, para que encorvándose como á una pulgada de su estremidad, forme un ángulo de 80 grados; á esta estremidad se ata fuertemente una espongita de forma esférica y de seis líneas de diámetro, que se empapa en una disolucion saturada de nitrato de plata. Dispuesto así este instrumento, se le lleva detrás del istmo de las fauces, de modo que vaya á chocar con la pared posterior de la faringe por el ángulo de la ballena: este choque provoca un movimiento de deglucion que hace elevar la laringe, y se aprovecha esta circunstancia para levantar la epiglotis trayendo hácia adelante la esponja, la cual debe apoyarse sobre la base de la lengua, para que por esta presion se esprima en bastante abundancia el líquido que contiene, y vaya á caer á la entrada de la laringe.

»Esta operacion no debe durar mas que

unos 15 segundos; ordinariamente va acompañada de náuseas, vómitos, y de una tos muy pertinaz. Es raro que no la siga inmediatamente una notable mejoria en la produccion de la voz; pero algunas veces sin embargo es preciso repetirla con frecuencia, para obtener la curacion de la afonia.

»Tambien se saca utilidad en casos análogos, segun Rostan, del uso de los baños de vapor á una temperatura elevada, que atraen hácia la periferia cutánea una fluxion capaz de destruir el infarto de las cavidades laríngeas. En el artículo Laringitis hemos entrado en pormenores circunstanciados sobre este objeto.

»Resulta de las observaciones publicadas por Bennati (*Etudes phys. et path. sur les organes de la voix humaine*, p. 195 y sig.; 1839), que puede alterarse la voz, y aun abolirse frecuentemente, por efecto de una ligera flogosis situada en la membrana mucosa guturo-palatina.

»Las principales circunstancias que se atribuyen á esta afonia, y que constituyen sus caractéres, son: una rubicundez mas ó menos intensa de la membrana mucosa que tapiza la bóveda palatina, acompañada algunas veces de hinchazon, de la presencia de aftas cuyo número y estension varian, de rubicundez y tumefaccion de la lengua, accidente que es bastante raro, y de infarto de las amigdalas. A estos fenómenos se agregan: una dificultad notable en los movimientos de los músculos de la garganta; un sufrimiento bastante vivo que se aumenta con la deglucion, la articulacion de las palabras y los movimientos de la voz; ausencia de tos, de dolor laríngeo por la presion lateral del cartílago tiroides y por los movimientos de bajar y elevar el cuerpo tiroideo; falta de todo fenómeno patológico en los bronquios y pulmones y de reaccion febril, y ejercicio natural de todas las funciones.

»Esta especie de afonia, que parece haber pasado largo tiempo desapercibida por gran número de observadores, se presenta sin embargo con alguna frecuencia; pero jamás determina accidentes mas graves que los que acabamos de mencionar; y parece atacar mas particularmente á las personas que se entregan al canto y á la declamacion.

»Bennati combatia este accidente patológico por medio de un gargarismo compuesto con una libra de cocimiento de cebada, una dracma de sulfato de alumina disuelta en este líquido, y una onza de jarabe de diacodion. Si la enfermedad se resistia largo tiempo, duplicaba la dosis de sulfato de alumina para hacerla mas activa, y aun la elevaba hasta una onza. Empleaba tambien las fricciones á la region anterior del cuello, hechas con doce granos de estracto de belladona disuelto en tres onzas de espíritu de vino alcanforado. Insuflaba asimismo algunas veces en las partes enfermas, siguiendo el método empleado por Bretonneau en la difteritis, cierta cantidad de alumbre perfectamente pulverizado, y cauterizaba frecuentemente con el nitrato de plata las amigdalas infartadas. Un régimen suave, alguna vez un poco tónico, el paseo al aire libre y el ejercicio moderado de la voz, secundaban el tratamiento que acabamos de indicar.

»La prolongacion de la campanilla puede tambien, segun Bennati (loc. cit., p. 18), ocasionar modificaciones graves en la voz y aun la misma afonia, y sobre este objeto se espresaba el doctor italiano del siguiente modo: «Fáltame ahora decir cómo he creido que podria remediarse la prolongacion orgánica de la campanilla. Aunque no fuera mas que por la sensacion desagradable que produce provocando una necesidad contínua de tragar, seria por sí sola esta prolongacion una incomodidad de las mas grandes; pero dificulta ademas la modulacion de los sonidos en el acto de la palabra, sobre todo cuando se suceden muchas unas á otras, como en la lectura, en la peroracion oratoria y el canto, que son entonces imposibles. La irritacion que causa la punta de la campanilla en la base de la lengua, la calidad de la saliva segregada, la dificultad de contraerse el palato-estafilino cuando la prolongacion de la campanilla no es momentánea, sino que depende de una disposicion orgánica del músculo que la constituye, determinan sequedad de la garganta, y muchas véces una alteracion tal del timbre de la voz, que si se persiste en querer hablar, terminan estos esfuerzos por una afonia completa.» Bennati ideó remediar este estado con la aplicacion de cáusticos; y para ejecutarla convenientemente inventó un instrumento, al que dió el nombre de *estafilo-piroforo*, ó porta-cáustico doble, y que describe en su obra (p. 187 y sig.). Segun él, «la cauterizacion practicada con este aparato no causa, ni dolores, ni náuseas, ni especie alguna de incomodidad; solamente deja despues de su aplicacion un gusto amargo, que se disipa con prontitud por medio de un gargarismo de agua de cebada que tenga en disolucion algunas gotas de tintura alcohólica de canela.

»La escara cae ordinariamente al segundo dia, y el cuarto ó el quinto á mas tardar se reitera la aplicacion del cáustico, cuyo uso debe continuarse observando los mismos intervalos, hasta que haya adquirido la campanilla sus dimensiones naturales.

»Terminada la cauterizacion, se nota que lejos de disminuir la facultad contractil del palato-estafilino, se ha aumentado por el contrario de un modo singular; lo cual se concibe perfectamente, reflexionando que el contacto del cáustico ha debido hacer que el músculo que constituye la campanilla se habitúe á contraerse. Esta es sin duda la razon por qué despues de la cauterizacion gana la voz, especialmente en los oradores y cantores, bajo el aspecto de su timbre, adquiriendo al mismo tiempo mas sonoridad.... El medio que nos ocupa tiene la ventaja sobre la escision, de no dejar ni aspe-

rezas, ni irritabilidad, y de no aumentar la predisposicion al romadizo, puesto que en lugar de debilitar el órgano lo robustece mas.»

»Nada tenemos que añadir á las consideraciones que preceden: Bennati refiere en este trabajo los resultados de su esperiencia particular, y solamente con otras observaciones prácticas se puede juzgar del valor de las proposiciones emitidas por el médico italiano.

»Puede sobrevenir la afonia, segun hemos dicho, sin que el aparato vocal sea asiento de ninguna alteracion apreciable; en cuyo caso parece provocada simpáticamente por el padecimiento de otro órgano. Ora estan comprometidos los centros nerviosos que presiden á los fenómenos activos de la laringe, suspendiéndose entonces la facultad de emitir los sonidos; ora se hallan alterados en su testura los nervios que van á la laringe, quedando entonces abolida la voz, como lo comprueban los esperimentos fisiológicos hechos en animales vivos.

»Puede suceder tambien que en virtud de un padecimiento mas ó menos distante que parta de los órganos del vientre, funcionen los centros nerviosos con menos actividad que en el estado fisiológico y se debilite la voz. Estos diferentes casos merecen á nuestro modo de ver llamar la atencion del lector.

»La paralisis de la laringe es muy rara como espresion sintomática de la apoplegia. Rochoux (*Rech. sur l'apopl.* 2.ª ed., 1833) solo ha tenido ocasion de encontrarla una vez: hacia un mes que el enfermo habia perdido la voz. Duró esta pérdida toda la vida en otro sugeto cuya historia ha referido Moulin (*Traité de l'apopl. et des hydroc.*, p. 74). Blache (*Dict. de méd.*, 2.ª ed., t. III, p. 432) reconoce tambien la influencia de las enfermedades de los centros nerviosos en la produccion de la afonia. «En algunas enfermedades del cerebro, dice, se ve á veces sobrevenir este accidente, sin que pueda conocerse con certeza la modificacion orgánica que esperimenta entonces dicha víscera, puesto que la anatomia patológica no la comprueba siempre de un modo satisfactorio: cuéntanse entre ellas la meningitis, la encefalitis, el hidrocéfalo agudo, la apoplegia, el histerismo, la melancolia, la epilepsia, la catalepsia, y en general todas las grandes alteraciones de la inervacion.» Tambien debe atribuirse sin duda á una modificacion de los centros nerviosos la afonia que resulta de la accion de ciertas preparaciones estupefacientes. «He visto, dice Sauvages (loc. cit., p. 408), resultar esta forma patológica de la introduccion en las vias gástricas de una pasta que contenia algunas hojas de beleño: un matrimonio que comió de esta preparacion, fue inmediatamente invadido de vértigos que acarrearon muy luego la pérdida de la voz. Otros sugetos que bebieron de un vino emponzoñado con las semillas de estramonio, cayeron en un estado semejante de estupor; fueron atacados de un desórden notable de las facultades de la inteligencia, y permanecieron muchas horas completamente afónicos.»

»¿Cómo se esplicarán esas afonias que sobrevienen de repente á consecuencia de un padecimiento moral vivo, ó de un susto intenso, etc.? En el estado actual de la ciencia no puede resolverse esta dificultad, lo que no impide sin embargo considerar como verídicos los hechos referidos por los autores. Vandenhout habla de una mujer, que habiendo sorprendido á su marido en fragante delito de adulterio, perdió de repente la voz. Blache (loc. cit., p. 433) refiere el hecho siguiente: «Una jóven á la que asistiamos Chomel y yo, quedó privada de la voz por muchos años á consecuencia de un esceso de alegria, que sucedió inmediatamente á una viva inquietud. Esta afonia, que se habia resistido á todos los medios dirigidos contra ella, desapareció cuando menos se esperaba despues de una violenta emocion; habiéndose presentado y desaparecido despues otras dos veces por la influencia de causas análogas.» Trae tambien el mismo autor esta otra observacion. «Guersent me ha referido el caso de una jóven, que se hizo afónica en la convalecencia de una fiebre aguda, y que recobró la voz con bastante rapidez por el terror que le inspiró la idea de que se le iba á aplicar al cuello un ancho vejigatorio.» Por estos diferentes hechos resulta evidentemente, que preside á diversas perturbaciones que pueden ocasionar la afonia, una ligera modificacion de los centros nerviosos, modificacion apreciable por sus efectos y desconocida en su esencia.

»¿No deberán atribuirse tambien á influencias de igual naturaleza las afonias intermitentes que han mencionado los autores? La analogia nos parece en este caso demasiado evidente, para que dejemos de admitirla. Rennes y Ollivier han publicado en los *Arch. génér. de méd.* (t. XX, p. 231 y sig., 1829) dos notables observaciones de esta afeccion intermitente.

»Seria muy difícil establecer de una manera general el pronóstico de las afonias nerviosas que acabamos de mencionar. Lo cierto es que las procedentes de una alteracion evidente de los centros nerviosos presentan una gravedad manifiesta y pueden persistir toda la vida; mientras que las que dependen de un trastorno fugaz de la inervacion, independiente de toda lesion orgánica apreciable, son al parecer susceptibles de curarse, y no persisten mucho tiempo.

»Por las mismas razones no debemos insistir mucho en los diversos medios que conviene oponer á este accidente patológico; pues unas veces, como en la apoplegia, meningitis y encefalitis, convendrá recurrir al tratamiento antiflogístico y revulsivo mas enérgico; y otras como en los envenenamientos por los narcóticos, será necesario emplear ciertos escitantes de los centros nerviosos, capaces de neutralizar la accion del principio venenoso, ó podrá

ordenarse útilmente un vomitivo, para acelerar su espulsion si se halla todavia en el estómago. Por último, á las afonias nerviosas en que hay un trastorno profundo de las facultades intelectuales, deberán oponerse los medios antiespasmódicos, los revulsivos á la piel, los purgantes, alguna vez las emisiones sanguíneas, los viages, la distraccion, etc. Es siempre muy necesario indagar la causa que determina la afonia; pues reconocido su orígen, será mas fácil remediarla y obtener la curacion de un accidente que puede traer desagradables consecuencias.

»Sauvages admite la existencia de una afonia traumática, que queremos mencionar aquí, y que resulta de la seccion de los nervios recurrentes. Hásela observado con mucha frecuencia durante los esperimentos fisiológicos practicados en animales vivos, y por efecto de las operaciones hechas con el objeto de estraer ciertos tumores escrofulosos, ciertos broncoceles y cánceres que ocupaban las regiones laterales del cuello, en que fueron cortados aquellos nervios. La pérdida de la voz que sobreviene en este caso, es una complicacion grave que acarrea casi siempre accidentes mortales en un corto espacio de tiempo.

»Los padecimientos de los órganos del vientre determinan con bastante frecuencia modificaciones notables en la voz; cuyo hecho ha llamado en todos tiempos la atencion de los prácticos.

»Conocidas son en efecto las notables simpatias que existen en la mujer entre el órgano principal de la generacion y el de la voz, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad. A la aproximacion de la regla, asi como durante su curso, y en el momento de cesar la fluxion uterina, ha habido muchas veces ocasion de observar en diferentes mujeres cambios notables en la voz. El doctor Thibert ha comunicado á Blache (loc. cit., p. 436) el hecho siguiente: «Una jóven se ponia completamente afónica algunos dias antes de la aparicion de la regla, y volvia á recobrar su voz tres ó cuatro horas despues de haber cesado el flujo de sangre menstrual.» Toda modificacion fisiológica ó patológica del estado de la matriz influye en el órgano de la voz. Piorry refiere (*Dict. des sc. méd.*, t. LVIII, p. 307) el caso de una jóven dotada naturalmente de una hermosa voz, que esperimentó por efecto de una larga enfermedad una disminucion sensible en el número de notas que podia ejecutar, y un cambio desagradable en el timbre del sonido vocal: habiéndole aplicado Verdier un pesario para combatir un prolapso uterino de que estaba afectada, recobró la voz toda su primitiva estension y regularidad. Tanchou (*Cons. sur l'infl. des org. genit. et urin. sur la voix*) ha evidenciado la relacion que acabamos de indicar, y establece que en el hombre existen las mismas simpatias entre los órganos de la generacion y la laringe. Para probarlo refiere el caso de un enfermo, que padecia una inflamacion uretro-vesical, y que fue acometido de una afonia completa que duró tanto como el flujo blenorrágico. Otro individuo, dice, tuvo abolida la voz durante un mes que tardó en curársele una orquitis consecutiva á la cauterizacion de la uretra.

»La misma relacion simpática existe entre el tubo digestivo y los órganos que concurren á la produccion de la voz. Sabido es cuán profunda era la alteracion que sufria la voz en los sugetos que fueron atacados del cólera-morbo en la epidemia de 1832, de la cual se refiere que las palabras se formaban como soplando. Una modificacion semejante se observa tambien en el curso de ciertas peritonitis graves y rápidas. Pero no sobreviene solo la afonia como síntoma de las enfermedades agudas del tubo digestivo ó de los órganos que lo rodean; sino que á veces se complica, segun Bennati, con ciertos estados morbosos, mal definidos, de las vias alimenticias. Hé aquí cómo se esplica el médico italiano. «Existe entre las funciones digestivas y la produccion de la voz una simpatia generalmente poco conocida, que no ha sido apreciada convenientemente, á pesar de que se manifiesta en gran número de casos. Asi es que puede alterarse fácilmente la voz por el solo efecto de una atonia de las primeras vias, verdad que me han confirmado muchos hechos curiosos y que puede comprobarse casi todos los dias. Obsérvanse ademas otras varias simpatias: un infarto cualquiera de las vísceras abdominales, los desórdenes funcionales del sistema de la vena porta, el abuso de los purgantes ó de las lavativas, un sudor abundante sostenido mucho tiempo ó suprimido repentinamente de cualquier modo, sea en la periferia cutánea ó en los pies; el uso de pomadas antiherpéticas, antisifilíticas, antiescrofulosas, etc., son otras tantas causas que alterando el órgano de la voz obligan al médico á modificar el tratamiento.»

»Las diferentes influencias cuyos efectos acabamos de apreciar, modifican los órganos de la voz por simpatia, valiéndose constantemente del intermedio de los órganos de la inervacion. Pero no obstante, como la causa de estas diferentes formas de afonia reside en los órganos del vientre, es preciso analizar su naturaleza, para juzgar del valor pronóstico del accidente que nos ocupa, y establecer los medios que convenga oponerle.

»Con respecto á este punto nos es imposible fijar cosa alguna, debiendo por lo tanto limitarnos á establecer generalidades. Si las alteraciones de los órganos de la generacion son poco profundas, podrá contarse todavia con el restablecimiento de la voz; pero si han determinado pérdidas de sustancia considerables y cambios de gravedad en la organizacion de las partes, deberá pronosticarse que persistirán tenazmente los fenómenos de la afonia.

»Cuanto hemos dicho con respecto á la

afonia sintomática de un padecimiento de los órganos de la generacion, pudiera repetirse respecto de la que sobreviene á consecuencia de las enfermedades del tubo digestivo.

»Imposible seria establecer aquí el tratamiento de esta notable complicacion, ni hacer otra cosa que recordar el adagio tantas veces repetido: *sublatâ causâ tollitur effectus*. Solo observando la marcha de las afecciones del vientre, oponiéndose á sus progresos y favoreciendo su resolucion, podrá llegar á disiparse la afonia. Cualquier medicacion que en este caso obrara directamente sobre los órganos nerviosos, no produciria resultado alguno ventajoso, puesto que el tratamiento de esta especie de afonia debe variar segun la naturaleza y el asiento de la enfermedad de que dependa.

»Sauvages (loc. cit., p. 408) ha mencionado, siguendo á Bonnet, una afonia que llama *afonia pulmónica*, y que depende segun él, de abscesos del pulmon, de la presencia de vómicas, de un estealoma contenido en la cavidad torácica, de una forma de tisis que designa con el nombre de *escirrosa*, de una intumescencia del timo que comprime la traquearteria, ó de un absceso del pericardio. Esta variedad de afonia constituye la cuarta forma admitida por nosotros. En este caso parece abolida la potencia espiratriz, á causa de una alteracion directa de las partes contenidas en el pecho, y por lo tanto suele el mal ser mas grave que en las dos formas que la preceden inmediatamente. Esta afonia caracteriza los sufrimientos que acompañan á los últimos momentos de la vida, y es las mas veces superior á los recursos del arte.

»No podia ser de mucha utilidad referir aquí la historia de las obras que tratan de la afonia, cuyo accidente no parece haber llamado de un modo especial la atencion de los patólogos. Esceptuando algunas tésis que se han sostenido en los dos últimos siglos, y varios artículos de diccionario, bastante incompletos, que tratan de esta materia, no se encuentran en los autores sino indicaciones esparcidas y poco precisas, que cuando mas pueden admitirse como elementos de una descripcion general, y no como capaces de formar un todo regular y ordenado. Asi, pues, creemos deber omitir la historia y bibliografía de la forma patológica que nos ocupa, remitiendo al lector á las citas que se han hecho en el curso de este artículo, y al tratar de la laringitis, de la afeccion tuberculosa del pulmon, etc., etc.» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, tomo I, página 200—206).

ARTICULO II.

De la tartamudez.

«Sinonimia. — *Psellismus* de Sauvages.— *Loquelœ vitium* de Reil.—*Dyslalie* de Swed.— *Tartamudez* de Itard, Voisin, Dupuytren, etc. *Psellismus*, *bambalia* de Good.

»Definicion.—La tartamudez consiste en la dificultad mas ó menos considerable de la palabra, en la vacilacion, la repeticion convulsiva, la suspension penosa y aun el impedimento completo de la facultad de articular todas ó algunas de las sílabas que entran en la composicion de un nombre. La tartamudez debe distinguirse: 1.º del *habla brozosa*, que resulta de la articulacion defectuosa de la letra R, de la sustitucion de esta con una consonante, ó en fin, de su supresion: 2.º del *ceceo*, que está caracterizado por la sustitucion de ciertas consonantes á otras que deben formar parte de una pronunciacion regular; 3.º del *balbuceo*, que hace que se pronuncien las palabras con vacilacion, interrupcion y poco distintamente, pero haciéndolo en voz baja, con calma y sin precipitacion ni contracciones convulsivas, como sucede en la tartamudez; y 4.º en fin del *farfulleo*, que consiste en una pronunciacion tumultuosa y confusa de las palabras, con tal velocidad en el discurso, que hace que se corten y queden á medio articular.

»Divisiones.—La tartamudez se manifiesta bajo una multitud de grados y formas, que hace mucho tiempo han llamado la atencion de los patólogos. La historia de ésta enfermedad comprende numerosas divisiones, sobre cuyo valor no se está generalmente de acuerdo.

»Sauvages (*Nos. met.*, t. I, p. 408; Venecia, 1772), que comprende bajo el título comun de *psellismus* la tartamudez, el habla brozosa, el ceceo y el balbuceo, ha trazado en su erudita obra las divisiones siguientes. Admite: 1.º un *psellismus ischnophonia*, que es la tartamudez propiamente dicha; 2.º un *psellismus rottacismus*, que es la lengua brozosa; 3.º *psellismus lamdacismus*, que resulta de un vicio en la pronunciacion de la letra L; 4.º un *psellismus tranlotas*, que es el ceceo; 5.º un *psellismus balbuties*, que es el balbuceo; 6.º un *psellismus mogilalia*, que depende de la dificultad que se manifiesta en la pronunciacion de las consonantes labiales; 7.º un *psellismus metallicus*, que ataca particularmente á los pintores, doradores, etc.; 8.º un *psellismus jotacismus*, que causa mucha dificultad en la pronunciacion de las letras guturales; 9.º un *psellismus nasitas*, que es el gangueo; 10.º un *psellismus lagostomatum*, que sobreviene en los individuos afectados de labio leporino; 11.º un *psellismus à ranulâ*, que depende de la obstruccion del conducto de Warthon. Asi comprende Sauvages bajo la denominacion de *psellismus* todos los vicios de la palabra; pero este modo de proceder no es admisible en el dia.

»Voisin (*Du bégayement, ses causes, ses diferents degrés*, etc.; París, 1831, en 8.º) ha trazado una division análoga á la que nosotros presentamos, y que comprende tres grados que se pueden distinguir de la manera siguiente: en el 1.º el tartamudo habla casi sin fatiga ni dificultad, y apenas percibe los movimientos viciosos de la lengua y de los labios, que pro-

ducen su vacilacion; en el 2.º el habla es mas difícil, va acompañada de esfuerzos y de gestos, las sílabas se repiten frecuente y convulsivamente, y de una manera fatigosa; y en el 3.º la tartamudez está en su mas alto grado de intensidad, oponiéndose á la emision regular de la palabra mas corta, y condenando al enfermo á un mutismo casi completo.

»Esta division no hace mas que dar á conocer los diversos grados de la enfermedad, y es poco satisfactoria si se atiende á que no entra de manera alguna en el analisis del fenómeno, ni pone de relieve el mecanismo de su produccion.

»Serres de Alais (*Mém. sur le begayement. Journ. des difform.*, etc., p. 11, 1829) considera la tartamudez como una afeccion nerviosa, en la que admite dos modos bien distintos. El primero parece consistir en un córea de los músculos modificadores de los sonidos, y el segundo en una rigidez tetánica de los músculos de la voz y de la respiracion. En la primera forma pierde la voluntad su influencia sobre los rápidos movimientos de los labios y de la lengua, y en la segunda falta la respiracion.

»Malbouche, que el 3 de diciembre de 1827 presentó á la Academia de ciencias un nuevo método para la curacion de la tartamudez, reconoce tres formas particulares de esta afeccion. En la primera no se aplica la lengua, en los momentos de silencio, contra la bóveda palatina; permanece separada del paladar por un intervalo mas ó menos considerable; desciende al nivel de la mandíbula inferior, y su punta se coloca por detrás de los dientes incisivos inferiores. En esta posicion el individuo afectado no puede articular sino muy difícilmente y por una série de esfuerzos mas ó menos prolongados, de donde proviene la falta de simultaneidad entre la voluntad de hablar y la ejecucion: esta es la *tartamudez anterior*. En la segunda forma está levantada la lengua sin ser traida hácia adelante; pero sus movimientos no coinciden con la produccion del sonido; resultando de aquí un vicio de la palabra, cuyo principal carácter es la repeticion de las sílabas incompletamente pronunciadas: la lengua cae incesantemente en el fondo de la boca: tal es la *tartamudez superior*. En la tercera hay dificultad de mover la lengua hácia atrás. Las personas afectadas de este género de tartamudez no encuentran dificultad en levantar la lengua y mantenerla en esta posicion; pero los movimientos de retraccion se ejecutan con trabajo, agregándose á este estado una especie de engrosamiento y blandura de la lengua: esta es la *tartamudez posterior*. Tales son las principales divisiones admitidas por Malbouche. Magendie, que ha hecho un analisis particular del trabajo de este observador, ha dado del siguiente modo la clasificacion de la tartamudez establecida por el mismo (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 72).

Tartamudez con:

- 1.º Imposibilidad momentánea de articular.
- 2.º Duplicacion precipitada de las sílabas.
- 3.º Suspension de la palabra por el hábito.
- 4.º Farfulleo.
- 5.º Dificultad para las letras por la parte *anterior*.
- 6.º Ceceo.
- 7.º Dificultad para las letras por la parte *superior*.
- 8.º Dificultad para las letras por la parte *posterior*.
- 9.º Dificultad para las tres articulaciones H, P, T.

»Aunque los hechos espuestos por Malbouche amplien mucho nuestros conocimientos sobre el mecanismo de la tartamudez, creemos sin embargo que debe modificarse su clasificacion; la cual parece defectuosa, en atencion á que por una parte establece su distincion de la tartamudez teniendo en cuenta los caractéres del fenómeno (imposibilidad momentánea de articular, duplicacion precipitada de las sílabas, etc.), y por otra la apoya sobre el conocimiento de las modificaciones que la determinan. Para que una clasificacion sea regular ¿no es importante que estribe en una base simple? Sustrayéndose á esta ley ¿no es muy fácil separar hechos análogos y cometer numerosas repeticiones? No adoptaremos nosotros esta conducta.

»Colombat (*Du begayement, et de tous les autres vices de la parole*, p. 133, París 1831) reconocia como Serres d'Alais (loc cit.) en esta enfermedad esencialmente nerviosa dos especies bien distintas, que comprenden numerosas variedades. Hé aquí como se espresa sobre este objeto: «Divido la tartamudez en dos clases principales. La primera, á la cual doy el nombre de *labio coréica*, por la analogia que he creido tiene con el baile de *San Vito* ó córea, consiste en una sucesion mas ó menos rápida de movimientos convulsivos de los labios, de la lengua, de la mandíbula inferior, etc., etc. Esta ofrece cuatro variedades que distingo: 1.º en labio coréica con farfulleo....; 2.º en labio coréica deforme....; 3.º en labio coréica muda....; 4.º en labio coréica lingual.... La segunda especie, que llamo *guturo-tetánica*, está caracterizada por una especie de rigidez tetánica de todos los músculos de la respiracion, con especialidad de los de la laringe y de la faringe....: la divido en cinco variedades, á saber: 1.ª tartamudez gúturo-tetánica muda; 2.ª tartamudez gúturo-tetánica intermitente; 3.ª tartamudez gúturo-tetánica canina; 4.ª tartamudez gúturo-tetánica con balbuceo; 5.ª en fin, tartamudez gúturo-tetánica epileptiforme.... Falta todavia, añade el autor, otro género de tartamudez, bastante frecuente, que llamo mista, porque está caracterizada por la reunion de

una ó muchas de las variedades que acabo de indicar.»

»Colombat no titubea, como acaba de verse, en considerar la tartamudez como una afeccion puramente nerviosa, hallándose asi autorizado para clasificarla como se hace ordinariamente con las neurosis, es decir, segun el modo como se manifiesta el fenómeno. Mas adelante discutiremos nosotros el valor de esta opinion; pero por de pronto nos vemos precisados á mencionar aquí la opinion de los autores que atribuyen en algunos casos la tartamudez á ciertas disposiciones físicas de la lengua y de la mayor parte de los órganos que contribuyen á la articulacion de la voz. Los hechos que militan en favor de este modo de pensar, son demasiado numerosos para que dejen de tomarse en consideracion. Asi, pues, creemos que es preciso admitir en el estudio de la tartamudez, la importante division que separa esta afeccion: 1.° en *tartamudez nerviosa*, y 2.° *tartamudez por causa orgánica*. Como sub-division de la tartamudez nerviosa, no tendriamos dificultad en admitir la division adoptada por Colombat. De todos modos, reconocemos con Rullier (*Dict. de méd.*, t. V, p. 149, 2.ª ed.), que este género de estudios debe necesariamente ofrecer mucha vaguedad. «Basta en efecto, para justificar esta proposicion, hacer observar que siendo todavia la produccion normal de la voz y de la palabra en sus infinitas modificaciones un problema de fisiologia, en el que se ignora mas ó menos completamente la parte especial que toman los numerosos músculos, tanto voluntarios como orgánicos, que forman el aparato complexo de aquellas funciones; para deducir con razon la consecuencia necesaria de que no menos oscuridad debe reinar acerca del modo preciso con que se verifica la accion insólita y desordenada de estos músculos en las personas tartamudas.»

»**Tartamudez nerviosa.**—Síntomas.—La tartamudez es una afeccion cuya existencia es siempre fácil comprobar. Basta oir hablar algun tiempo á un individuo tartamudo, para notar que se corta con mas ó menos frecuencia, que se detiene en la pronunciacion de las palabras y de las sílabas, y que algunas veces encuentra obstáculos insuperables para hablar, lo cual imprime en su fisonomia, en sus gestos, en sus costumbres, en su humor y en su carácter, un aspecto muy singular.

»La tartamudez, que ordinariamente es contínua, y sometida solo á un aumento instantáneo ó á una disminucion pasagera, presenta algunas veces en su modo de aparicion una intermitencia bastante regular, que puede durar desde algunos dias hasta muchos meses. Este modo de aparicion de la tartamudez puede influir en el pronóstico y en el tratamiento. Háse visto tambien á consecuencia de un acceso violento de cólera ó de una viva emocion moral, manifestarse esta afeccion en individuos que no la padecian, y desaparecer por un tiempo mas ó menos largo en tartamudos en quienes era bastante antigua. Parece demostrado que la sujecion á un ritmo regular disipa momentáneamente este vicio de la palabra. Rullier (loc. cit., p. 154) insiste en este hecho, diciendo que «algunas circunstancias capaces de fijar la atencion sobre un objeto accesorio al sentido del discurso, como el pronunciar las palabras con cierto aire, el espresarlas sujetándose al compas, y el recitarlas de memoria en el tono grave y elevado que conviene á un orador, bastan tambien para suspender la tartamudez. Se sabe en efecto, que las personas afectadas de este vicio, esceptuando algunos casos raros, cantan y declaman sin tartamudear. Nosotros sabemos por Dupuytren, que un abogado jóven, escesivamente tartamudo, y que seguia rigurosamente los consejos de este gran práctico, llegó á espresarse perfectamente y sin titubear, á fuerza de producirse en un tono semejante al del canto, muy análogo al recitado de nuestras óperas, y de someterse á cierto compas que marcaba al principio, pero que despues en los últimos tiempos le bastaba llevarlo con un ligero movimiento del pie.»

»Esta perversion en el modo de manifestar el pensamiento, es susceptible de revestir formas muy variadas y distintas. Creemos conveniente dar á nuestros lectores un analisis del trabajo que ha publicado Colombat, porque este médico ha procedido con una precision verdaderamente satisfactoria en el cuadro que ha trazado de la tartamudez, reasumiendo perfectamente todo lo que se ha dicho respecto de este vicio de la palabra.

»Ya hemos dicho que Colombat divide la tartamudez en dos clases principales. La primera tiene al parecer mucha analogia con el baile de San Vito ó el córea, ha recibido el nombre de *labio-coréica*, y consiste en una especie de córea labial, y en la sucesion mas ó menos rápida de movimientos convulsivos ejecutados por la lengua, la mandíbula inferior, etc. Este género de tartamudez, que da orígen á la repeticion desagradable de las letras b b b, t t t, q q q, m m m, ofrece cuatro variedades que luego describiremos.

»La segunda especie, que Colombat llama *gúturo-tetánica*, está caracterizada por una especie de rigidez tetánica de todos los músculos de la respiracion, especialmente de los de la laringe y de la faringe. Este género de tartamudez, que se hace sobre todo notar en la pronunciacion de las letras guturales c, g, k, q, y en la de los sonidos vocales, a, e, i, o, u, an, en, va siempre acompañada de esfuerzos penosos para articular, distinguiéndose especialmente por algunos intervalos de silencio, por la inmovilidad de la lengua, por la opresion de la glotis, y por una especie de sofocacion momentánea, debida á la constriccion de los músculos de la laringe y á la aproximacion de los labios de la glotis.

»Las personas afectadas de la tartamudez

labio-coréica, se hacen notables por su vivacidad, por su petulancia y por su impresionabilidad; hablan ordinariamente con mucha ligereza, y al parecer sin necesidad de esfuerzos para articular, aunque muchas veces se detienen por las repeticiones b b b, q q q, t t t, d d d, m m m.

»Los que padecen la tartamudez gúturo-tetánica hablan con lentitud, no se apresuran de ningun modo en su conversacion; pero esperimentan gran dificultad en la articulacion de las sílabas ásperas, hacen esfuerzos violentos que producen congestiones en los tegumentos del cuello y de la cara, sin que faciliten al parecer la emision del pensamiento.

»La tartamudez labio-coréica comprende, segun Colombat, cuatro variedades distintas, que vamos á describir sucesivamente.

»La *tartamudez labio-coréica con farfulleo* constituye la primera variedad. Las personas que están afectadas de este vicio se hacen notables por su petulancia, por la vivacidad de su espíritu y por la prontitud con que quieren hablar; no cortan las palabras con momentos de silencio aunque tartamudean en casi todas las sílabas, agregándose á esta tartamudez el vicio de la palabra que se llama farfulleo, y que consiste en pronunciar confusamente los nombres con tanta rapidez, que se articulan á medias. Esta variedad es muy comun; constituye la forma mas frecuente de la tartamudez, y presenta el carácter desagradable de tener mucha tendencia á la recidiva. Su curacion no es por lo comun muy difícil; pero como se halla evidentemente bajo la influencia de una disposicion nerviosa muy pronunciada, vuelve á manifestarse muy pronto, cuando descuidan los enfermos el uso de las precauciones que deben adoptar.

»La *tartamudez labio-coréica deforme* es la segunda variedad admitida por Colombat. Está caracterizada por gestos variados y por movimientos convulsivos de los músculos de la cara, de los párpados, de la frente, de las cejas, de la nariz, de los labios, etc.; sin esfuerzos en la garganta, y sobre todo sin contraccion de los músculos del pecho, pero con las repeticiones g g g g, t t t, m m m m. Esta variedad tiene algunos momentos de intermitencia mientras que la primera carece de ellos; es mas fácil de curar y menos espuesta á las recaidas.

»La *tartamudez labio-coréica muda ó tartamudez de las mujeres* constituye la tercera variedad. Distínguese por los movimientos convulsivos de la lengua, de los labios y de la mandíbula inferior, los cuales se hacen sin ruido y sin que se oigan las repeticiones b b b b, p p p p, g g g g, que caracterizan la tartamudez propiamente dicha. La variedad que nos ocupa se observa con mas frecuencia en las mujeres, que mas deseosas que los hombres de no aparecer ridículas en la sociedad, cuidan mucho de no emitir las repeticiones desagradables que hemos indicado. La curacion de esta tartamudez parece ser bastante difícil.

»La *tartamudez labio coréica lingual* forma la cuarta variedad, que está caracterizada especialmente por la salida de la lengua fuera de la boca: este órgano traspasa de pronto la abertura limitada arriba y abajo por los arcos dentarios, y arroja la saliva á lo lejos. Parece la lengua agitada de movimientos semejantes á los que hace la de un perro cuando bebe. Esta variedad, que se nota sobre todo en la articulacion de las letras dentales y palatinas, es una de las mas raras y mas difíciles de curar. Muchas veces viene acompañada de un cambio en el volumen de la lengua que exige un tratamiento particular.

»Tales son las cuatro variedades labio-coréicas que ha mencionado Colombat, y que merecen á nuestro parecer la denominacion que les ha dado, porque resultan evidentemente de una asociacion de movimientos voluntarios y de movimientos desordenados. Los primeros permiten al individuo afectado articular las palabras que quiere pronunciar, y los segundos perturban este acto; de manera que esta forma de tartamudez representa perfectamente un desórden en la coordinacion normal de los movimientos de las partes que presiden á la articulacion de las palabras. La forma labio coréica comprende los casos de tartamudez anterior y superior mencionados por Malbouche, y de tartamudez lingual ó locuaz y de tartamudez labial ó deforme designados por el doctor Deleau (*Academie des sciences*, sesion del 19 de diciembre, 1828).

»La tartamudez gúturo-tetánica se manifiesta bajo seis aspectos diferentes. Es útil mencionar las diversas variedades que presenta, á fin de trazar una historia completa de esta enfermedad.

»La primera variedad que tenemos que describir se ha designado con el nombre de *tartamudez gúturo-tetánica muda*. Las personas que la padecen estan durante un tiempo variable en un estado de mudez absoluta, sin poder proferir ninguna palabra. Sin embargo, no manifiestan su apuro por gestos ni por ningun esfuerzo aparente. Muy luego pueden proferir algunas palabras; pero no dicen todo lo que su entendimiento les sugiere ni pronuncian sino algunos nombres que les es fácil articular, y para obtener este resultado necesitan haber hecho muchas inspiraciones cortas sucesivas, acompañadas de un ruido sordo ó de una especie de ronquido traqueal. Este género de tartamudez es muy raro.

»La *tartamudez gúturo-tetánica intermitente*, forma la segunda variedad. Este fenómeno no se manifiesta sino por intervalos mas ó menos largos; y adquiere á veces tal grado de intensidad, que durante algunos instantes no pueden las personas afectadas proferir una sola palabra, y se les oye únicamente un sonido poco ruidoso, bastante sordo y como tembloroso,

que tiene alguna analogia con el que resulta de la pronunciacion de una série de ee francesas mudas. Cuando los que padecen esta afeccion consiguen articular bien una ó dos palabras, pueden hablar algunas veces mucho tiempo sin titubear y sin que se les perciba semejante vicio. Esta especie, que es bastante frecuente, se cura con facilidad.

»Colombat indica como tercera variedad de la tartamudez gúturo-tetánica, una que distingue con la calificacion de *coreiforme*. Lo mismo que todos los géneros de tartamudez gúturo-tetánica, está caracterizado el vicio de la palabra que nos ocupa, por una especie de rigidez de los órganos de la respiracion y de la voz, y por algunos instantes de silencio: esta variedad se distingue sobre todo por la especie de córea y de movimientos convulsivos que se notan en los músculos del cuello y de los miembros. Estos movimientos desordenados, completamente semejantes á los que caracterizan el córea, no se manifiestan sino durante la articulacion de las palabras, y desaparecen enteramente en los momentos de silencio. La curacion de esta variedad se obtiene sin gran dificultad; pero su recidiva es muy comun cuando cesa pronto el uso de los medios propios para combatirla.

»La *tartamudez gúturo-tetánica canina* constituye la cuarta variedad admitida por Colombat. Este vicio adquiere algunas veces una intensidad muy notable. En tal caso, para articular las sílabas que exigen algun esfuerzo, dejan oir los tartamudos las repeticiones desagradables ao, ao, aooo, aooo, que imitan bastante bien al ladrido de ciertos perros de caza. Colombat ha tenido ocasion de presentar á Flourens y Dulong un jóven de veintiun años, afectado de esta variedad de tartamudez, en tan alto grado, que durante muchos minutos le era absolutamente imposible articular el mas simple sonido. Algunos dias de tratamiento bastaron para disipar este desórden fatal de los medios necesarios para emitir el pensamiento.

»Colombat menciona como quinta variedad la *tartamudez gúturo-tetánica epileptiforme*, la cual se reconoce por los fenómenos siguientes: en el momento en que una persona atacada de este vicio, quiere pronunciar algunas sílabas, se declaran convulsiones sumamente fuertes, que invaden en particular los músculos del pecho, del abdomen, del cuello, de los miembros superiores y aun los músculos cutáneos, y dan lugar á contorsiones, á espasmos clónicos y tónicos, análogos á los que caracterizan los ataques de epilepsia. En este caso se hinchan las venas del cuello; se inyectan los tegumentos de la cara, la cual toma un color azul lívido; los ojos se inyectan tambien y parecen salir de las órbitas; la saliva, mezclada con una espuma blanquecina, sale muchas veces con abundancia fuera de la boca; la fisonomia está profundamente alterada, y el desventurado tartamudo despues de tantos esfuerzos solo consigue la articulacion de una ó dos sílabas. No se le oye mas que una especie de gruñido que imita bastante exactamente al de un cerdo cuando se le mata. Este género de tartamudez llega siempre á un grado estremado; y sin embargo se obtiene la curacion con prontitud y facilidad.

»Como sesta variedad ha dado Colombat la descripcion de la tartamudez *gúturo-tetánica con balbuceo*, afeccion que casi siempre escede los recursos del arte, y que parece depender de una enfermedad orgánica de los centros nerviosos.

»No estaria bien que limitásemos nosotros á estas indicaciones la historia que debemos presentar de la tartamudez nerviosa. En las descripciones que preceden se encuentra un analisis de los casos simples elementales; pero no basta este trabajo porque no puede comprender todos los casos posibles de tartamudez. Apoyándose en consideraciones análogas ha juzgado necesario Colombat estudiar una forma bastante frecuente de la tartamudez que llama mista, porque dice que está caracterizada por la reunion de una ó muchas de las variedades que preceden. Estas variedades no aparecen tan aisladas que convenga usar para combatirlas medios curativos propios á cada una de ellas en particular; lejos de eso, se presentan combinadas las mas veces, ofreciendo siempre á la observacion del médico algunas particularidades que deben llamar mucho su atencion.

»La tartamudez gúturo-tetánica del doctor Colombat parece comprender la tartamudez posterior que forma la tercera especie admitida por Malbouche, y la tartamudez muda designada por Deleau. En esta forma es probable que haya muchas veces un defecto de coincidencia entre la produccion del sonido bucal ó laríngeo y los movimientos de los órganos que presiden á la articulacion de las palabras; que tambien haya con frecuencia pérdidas de respiracion como dice Magendie (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 72), es decir, consumo fuera de tiempo, del aire contenido en el pecho, y que durante la espiracion deberia producir el sonido de la voz; que otras veces haya oclusion y opresion convulsiva de la abertura de la glotis, accidente que se opone tambien á la emision de la voz; y que, aunque obrando en sentido inverso, dé lugar á un fenómeno análogo, el defecto de coincidencia entre el movimiento de la produccion de la voz y los que se ejecutan para la articulacion de las palabras. Se concibe perfectamente que en este caso, la tartamudez dé lugar á los fenómenos espasmódicos y á las convulsiones tetánicas que han motivado la calificacion de *tetánico* que reserva Colombat á semejante estado. Se comprende tambien que los esfuerzos sean las mas veces inútiles, que se interrumpa el habla por suspensiones prolongadas y que corte las palabras un hipo desagradable y fatigoso. La alteracion que indicamos en este momento, difiere notablemente de la que preside á la tartamudez labio-coréica, lo cual es un hecho que no debe olvidarse en la práctica.

»MECANISMO DE LA TARTAMUDEZ. — Algunos autores se han dedicado al estudio del *mecanismo de la tartamudez*. Rullier (*Dict. de méd.*, t. V, p. 156 y sig., 2.ª edic., 1836) se espresa sobre este punto de la manera siguiente: «La mayor parte de los autores han invocado el estado de debilidad ó de falta de accion de los músculos que sirven para articular, y especialmente de los de la lengua. Sauvages parece haber seguido esta opinion cuando incluyó la tartamudez entre las *discinesias*, é Itard, que tambien parece adoptarla, la cree ademas confirmada por la analogia que existe, segun él, entre la verdadera tartamudez y el estado de vacilacion de la lengua que se observa durante la embriaguez ó la disposicion á la apoplegia, afecciones que disminuyen evidentemente las fuerzas musculares. Sin embargo, difícil parece conciliar esta idea con la estremada facilidad que tienen los tartamudos para ejecutar aparentemente todos los movimientos posibles de su lengua y de sus labios. Esto tambien hacerla cuadrar con el estado convulsivo ó espasmódico que presentan todos los órganos de la voz en la tartamudez; caracter que separa completamente esta afeccion del balbuceo asténico, sintomático de la embriaguez ó de la congestion cerebral. Añadiremos en fin, por otra parte, que lo que se sabe acerca de la indudable influencia que ejerce la edad avanzada, que á pesar de que debilita muy sensiblemente la energia de la accion muscular, no deja sin embargo de producir curaciones espontáneas de la tartamudez, no permite detenerse mucho tiempo en la idea que estamos combatiendo.

»Otros, de cuya opinion participamos tambien nosotros, consideran mas distante la causa de la tartamudez y la colocan, no en los músculos vocales ni en los nervios que los animan, sino mas bien en el mismo cerebro. Las razones que apoyan esta idea son, que en el estado fisiológico ordinario, los fenómenos de la voz y de la palabra estan en una relacion constante con los diversos grados de escitacion cerebral, y corresponden siempre, por su precision y su facilidad, á la energia de los sentimientos y á la claridad de las ideas. Sabido es que el esceso ó el defecto de escitacion cerebral tienen sobre nuestro lenguaje una influencia tan marcada, que ó salen nuestras palabras con ímpetu y facilidad como de un manantial fecundo, ó bien acreditan con su lentitud y dificultad cuánto trabajo cuestan á la inteligencia. Esto supuesto, lo que hemos dicho anteriormente de la influencia análoga y tan notable que tienen las diversas afecciones del alma, escitantes ó sedantes del centro nervioso cerebral, como el temor, la timidez, la confianza, la cólera, la impaciencia, etc., sobre los fenómenos de la tartamudez, prueba que estos provienen del mismo orígen, y que deben por lo tanto referirse á alguna modificacion de la accion cerebral. Pero en qué consiste tal modificacion? Sin que pretendamos esplicarla, hé aquí la conjetura que tal vez pueda aventurarse. En el tartamudo, la irradiacion cerebral que sigue al pensamiento y se convierte en principio á propósito para poner en accion los músculos necesarios á la espresion oral de las ideas, sale con tal ímpetu y se reproduce con tanta ligereza, que escede la medida de la movilidad posible de los agentes de la articulacion. Hallándose entonces estos como sofocados por la acumulacion de la causa escitante ordinaria de sus movimientos, caen en un estado de movilidad espasmódica y de contracciones convulsivas, que caracteriza la tartamudez y que en su lugar hemos descrito. Segun esta congetura, la vacilacion de la lengua no seria mas que una debilidad puramente relativa de los órganos de la articulacion, procedente de la falta de relacion entre la exuberancia de los pensamientos y la posible velocidad coexistente de los movimientos sucesivos y variados, capaces de espresar las ideas por medio de la palabra. Haremos observar por lo demas, por lo que puede apoyar la hipótesis que presentamos, que la mayor parte de los tartamudos son notables por la vivacidad de su genio y la petulancia de su caracter; que tartamudean mucho menos cuando su tranquilidad moral hace menos impetuosa la sucesion de sus pensamientos; que á medida que avanza la edad calma el ímpetu de su imaginacion, se madura su juicio y cesan de tartamudear; que este vicio disminuye singularmente, ó aun cesa del todo, cuando el tartamudo sin necesidad de poner en prensa su entendimiento, acude simplemente á su memoria, siéndole esta fiel, y pronuncia de este modo un discurso, canta una cancion ó declama una composicion en verso; que los cuidados contínuos y particulares que ponen los tartamudos en ejercitar los agentes de la articulacion disminuyen la tartamudez, facilitando bastante la accion de estos últimos, para nivelar su ligereza con la irradiacion cerebral; que si las pasiones vehementes y esplosivas que se apoderan de los tartamudos hacen desaparecer momentáneamente este vicio, consiste en que la conmocion viva y no acostumbrada que reciben todos los músculos, y por consiguiente los de la lengua en particular, los pone en armonia de accion con las afecciones del alma; y que las mujeres en fin, que piensan con rapidez, pero que en cambio han recibido de la naturaleza una pronunciacion tan fácil y tan delicada, que son capaces de la mayor volubilidad de palabras, no tartamudean, como es sabido, sino muy rara vez.

»El doctor C. Bell (*Philos. trans.*, part. II, 1832, y *Arch. gén. de méd.*, t. I, 2.ª série, página 569) ha emitido una teoria análoga en la memoria que publicó sobre la voz humana. Este autor considera el hecho apartándose menos de los datos esperimentales, por lo cual debe tambien haberse aproximado mas á la verdad. Trata de esplicar los fenómenos de la tar-

tamudez labio-coréica y gúturo-letánica, y para que se conozca mas á fondo su opinion, copiaremos lo que dice: «Si reflexionamos en el número de las partes que deben combinar su accion para llegar á producir el sonido articulado mas simple, notaremos desde luego la necesidad de las relaciones nerviosas mas multiplicadas y complexas, y no estrañaremos ver que el menor desarreglo de las funciones del sistema nervioso dé lugar á una alteracion mas ó menos marcada de la voz. La tartamudez depende evidentemente de un defecto en la potencia de coordinacion de las diferentes acciones, y no de una alteracion de un órgano en particular. El tartamudo no puede establecer las conexiones necesarias entre el murmullo de la glotis y la accion de la faringe, pero puede hablar en voz baja, es decir, que puede articular el sonido débil producido por la inspiracion, mientras que al mismo tiempo no puede hacer vocal el aire espirado.... Hay ademas otra combinacion indispensable de accion que hace desesperar á una persona que tartamudea, y es la de los músculos espiradores con los de la garganta. Durante los vanos esfuerzos que hace para espresarse, arroja el aire de los pulmones; en términos que para producir un sonido cualquiera, tienen que entrar en accion forzada los músculos espiradores y comprimir el pecho completamente.»

»Magendie niega su asenso á las congeturas emitidas por Rullier. Dice que ha observado muchos tartamudos, y que si ha encontrado algunos cuya inteligencia parecia muy activa, ha visto otros en quienes no faltaba á los músculos de la palabra el tiempo necesario para espresar las ideas, que por cierto nada tenian de abundantes y rápidas.

»Ademas, añade Magendie (loc. cit., página 67), qué diremos de los que padecen este vicio, y no tartamudean sino en los momentos de calma? y qué de los que solo lo hacen cuando leen? Qué pensaremos de los que estan próximos á un estado de idiotismo, etc.? El defecto está en este caso, como en otros muchos, en querer esplicar lo que es inesplicable. La tartamudez es evidentemente una modificacion de la contraccion de los músculos de la palabra; y puesto que en fisiologia de ningun modo puede esplicarse esta misma contraccion, cómo se ha de dar razon de sus diferentes grados y alteraciones?»

»Nosotros creemos que se puede y se debe intentar hacer el analisis del mecanismo de la tartamudez, sin incurrir en la crítica de los fisiólogos; pero no titubeamos en asegurar desde luego, que el que pretenda esplicar esta lesion por una sola y única causa, debe necesariamente cometer graves errores.

»No nos repugna admitir, que en gran número de casos esten los órganos de la palabra afectados de una especie de córea, siendo la tartamudez una consecuencia de este accidente. Blache (*Dict. de méd.*, t. VII, pág. 549, 2.ª ed., 1834) afirma, que cuando el córea invade los músculos de la lengua y de la laringe, existe una dificultad mas ó menos considerable en el ejercicio de la palabra: algunos enfermos tartamudean ó balbucean, y los hay que no pueden articular un solo nombre. Nosotros creemos que este género de tartamudez es mas comun de lo que se ha sospechado generalmente.

»Pensamos asimismo con Rullier, que este vicio resulta algunas veces de falta de relacion entre la exuberancia de los pensamientos, la velocidad coexistente de la irradiacion cerebral que les corresponde, y la rapidez posible de los movimientos sucesivos y variados capaces de espresar las ideas por medio de la palabra.

»Estableceremos tambien con Magendie, que en algunas ocasiones puede atacar la tartamudez á los individuos que tienen torpe la imaginacion y poco desarrollada la inteligencia, revelándose cierta dificultad en la concepcion intelectual.

»Esta afeccion puede atribuirse á la causa mencionada por el doctor C. Bell, á saber, la falta de coincidencia entre la produccion del sonido vocal ó laríngeo, y los movimientos de los órganos que presiden á la articulacion de las palabras.

»Ultimamente es preciso admitir con gran número de patólogos, como indicaremos mas adelante, que la tartamudez puede ser resultado y síntoma de una alteracion orgánica de los centros nerviosos y de una disposicion viciosa de los órganos de la palabra. En este último caso la tartamudez deja de ser nerviosa é idiopática, y no tiene otra importancia que la de un síntoma del estado patológico en que se hallan los órganos que presiden al movimiento necesario para la articulacion de los sonidos, ó los que ejecutan estos movimientos. Nos reservamos hablar de esta forma de tartamudez en un párrafo particular.

»Causas.—Colombat (*Mem. sur la physiol. et la therap. du begayement.*, p. 54, 1836) ha publicado un cuadro estadístico de las personas tartamudas en Francia, en el cual indica el número de todos los casos de tal afeccion que existen en este pais, segun las apuntaciones que ha sacado de las oficinas de los consejos de revision para el reemplazo del ejército y de otros registros. Este trabajo debe ilustrarnos bajo el punto de vista etiológico de esta afeccion, y asi copiaremos los resultados que encierra. Entre 33.000,000 de individuos en Francia de ambos sexos y de todas edades, se cuentan 6,114 tartamudos, lo que da la proporcion de uno por cada 5,397 personas. Este número se halla repartido de la manera siguiente: 1.° entre 12.000,000 de individuos del sexo masculino, habia 4,800 tartamudos, lo que da uno por cada 2,500; 2.° entre 11.000,000 de personas del sexo femenino, 5,000 eran tartamudas, lo que da una mujer por cada 2,000; 3.° entre 10,000 niños menores de quince años,

habia 764 tartamudos. Apoyándose en las bases que acabamos de indicar, ha querido Colombat apreciar el número presumible de tartamudos que puede haber en las cuatro partes del mundo, y ha obtenido los resultados siguientes: en Europa, contando 180,000,000 de habitantes, 33,349 tartamudos; en Asia suponiendo 550.000,000 de habitantes, 101,900 tartamudos; en Africa, calculando 150.000,000 de habitantes, 27,790 tartamudos; y en América admitiendo 60.000,000 de habitantes, 11,110 tartamudos; lo que da entre 940.000,000 de individvos, un total de 174,149 personas tartamudas. Colombat dice, que no ha comprendido en estos cálculos mas que los individuos afectados de una tartamudez bastante manifiesta, y no los que solo padecian un vicio muy ligero: su cifra seria mucho mas alta si los hubiera incluido todos. Es ademas de advertir qne esta estadística debe dar un número menos alto de lo que es en realidad, por la imposibilidad de conocer las personas tartamudas que se han eximido del servicio militar por cualquiera otra causa diferente de este vicio.

»Esta reseña, cuya exactitud no pretendemos garantizar, demuestra sin embargo la frecuencia de la tartamudez, y da á conocer que puede afectar á las mujeres; pero está lejos de comprender el analisis de todas las circunstancias que parecen influir en la produccion de la tartamudez.

»Esta afeccion no ataca ordinariamente mas que á los adultos y adolescentes, estando por lo comun exentas de ella la primera infancia y la vejez. El niño no tartamudea verdaderamente hasta la época en que se forma su lenguaje, convirtiéndose en un modo de espresion usual. La tartamudez se hace notar ordinariamente á los cuatro ó cinco años, y se va aumentando á medida que el niño avanza en edad. En la pubertad, en que se halla ocupada la imaginacion por tantas ideas nuevas, y en cuya edad se esperimentan necesidades que antes no existian, la tartamudez que se opone á la espresion se hace mucho mas manifiesta; la dificultad que se encuentra en el lenguaje, lo ridículo que se juzga el tartamudo, los numerosos obstáculos que halla en su educacion, y las trabas que preve en cualquier carrera que trate de seguir, son otras tantas circunstancias, que segun Magendie (loc. cit., p. 64) contribuyen á aumentar la tartamudez, y dan al entendimiento del tartamudo una direccion particular. De todos modos, esta afeccion se mantiene estacionaria durante cierto tiempo; disminuye manifiestamente en la edad adulta; se debilita cada vez mas, y desaparece absolutamente en la vejez. Interrogados los tartamudos sobre la causa de este cambio, lo atribuyen generalmente á que siendo menos vivos y mucho mas moderados que anteriormente, se apresuran menos que antes para espresar sus ideas, y á que han llegado á adquirir confianza y seguridad, y á perder la timidez con la costumbre de vivir en sociedad.

»Colombat, que ha fijado su atencion en la influencia del sexo en la produccion de la tartamudez, ha notado: 1.º que de veinte personas afectadas de este vicio se encuentran diez y ocho ó diez y nueve hombres para una ó dos mujeres; 2.º que es mas dificil de curarse en estas últimas, porque son menos susceptibles de perseverancia y de atencion; y 3.º en fin, que la tartamudez consiste en ellas las mas veces en cierto silencio momentáneo, acompañado de algunos gestos y de movimientos convulsivos de la mandíbula y de los labios, y no en una verdadera tartamudez caracterizada por la repeticion de ciertas sílabas. Astrie (*Dissert. inaugur.*, Montpellier, 1824) cita una familia en que el padre, la madre, los hermanos y hermanas eran todos sumamente tartamudos. Magendie (loc. cit., p. 64) dice haber presenciado un hecho análogo, y ha conocido muchas mujeres tartamudas. Nosotros podriamos tambien multiplicar los hechos de esta naturaleza.

»De estrañar es la rareza de la tartamudez en las mujeres, cuando se reflexiona en la influencia que tienen las modificaciones de las funciones intelectuales, morales y afectivas, en la produccion de este vicio. Rullier (loc. cit., p. 153) se espresa sobre este objeto de la manera siguiente: «La timidez, la cortedad, el respeto, y el mas ligero estado de opresion que esperimenten los tartamudos, los agrava de tal modo, que permanecen como mudos, ó no pueden hablar sino con mucha dificultad. La confianza, la libertad y la franqueza que reinan en una conversacion privada, les dan seguridad, borrando, por decirlo asi, este vicio de su lenguage. Cuando estan animados en una discusion interesante que les ofrece un atractivo fuerte y sostenido, se curan momentáneamente, y se distinguen entonces por una facilidad en la locucion qne deja admirados á los oyentes. Una pasion vehemente como la indignacion y la cólera puede dar á sus discursos la espresion mas franca y mas enérgica. Sus juramentos, llenos de fuerza, no dejan las mas veces notar vestigio alguno de la vacilacion que les es habitual.

»Un hecho ha citado Itard, que hace ver hasta qué punto pueden modificar la tartamudez las mas ligeras afecciones del alma, y es el de un niño de once años, muy tartamudo cuando hablaba en presencia de personas que lo miraban, y en el cual desaparecia la tartamudez cuando dejaba de ser visto; por ejemplo cuando hablaba en la oscuridad. Sin embargo se habia intentado curarlo cuando tenia menos edad vendándole los ojos, pero en vano. No es tampoco raro, segun Hervez de Chégoin, que los tartamudos cesen de serlo cuando se cubren el rostro con una careta.

»Se ha visto algunas veces manifestarse la tartamudez bajo la influencia de la imitacion. Colombat (loc. cit., p. 123) ha reunido sobre

este objeto muchas observaciones que no estan exentas de interés.

»Desormeaux cuenta que un hombre muy distinguido en las letras se habia hecho tartamudo, porque viviendo cuando era todavia jóven con uno de sus amigos afectado de este vicio, tuvo el capricho de querer imitarlo. Al principio le costaba mucho remedarlo, pero mas tarde lo imitaba sin querer, quedando asi completamente tartamudo, en términos de costarle mucho corregirse de esta viciosa costumbre. Astrie (loc. cit.) refiere un hecho análogo. Colombat asistió á un oficial de sastre que se habia vuelto tartamudo por haber procurado imitar á las personas afectadas de tartamudez, con ánimo de eximirse del servicio de las armas. Bastáronle algunos meses de ejercicio para contraer involuntariamente los efectos de un vicio que solo queria simular: su estratagema tuvo un éxito feliz y quedó exento. A costa de muchos trabajos y cuidados le volvió Colombat cuatro años despues su habla regular.

»Es un hecho adoptado bastante generalmente, que los tartamudos sienten de un modo notable la influencia de las circunstancias atmosféricas; pues estan mas ó menos agravados segun que el tiempo es húmedo, seco, caliente ó frio. Algunos individuos afectados de este vicio de la palabra juzgan de antemano, por la dificultad que esperimentan en espresarse, que va á sobrevenir un cambio meteorológico mas ó menos notable. «He observado, dice Colombat (loc. cit., p. 119), que durante el invierno y el estio se aumenta la tartamudez; y que la primavera y el otoño son mas favorables, especialmente siendo templadas y húmedas estas estaciones: el aire seco de las heladas y de los grandes calores obra en sentido inverso.»

»Esta afeccion es tambien mas sensible por la mañana que por la tarde. «Se ha querido esplicar este hecho, y Voisin (*Mem. sur le begayement*, p. 24), Astrie y Colombat, han emitido con este fin diferentes teorias que creemos inútil mencionar aquí.

»El último de estos autores ha observado muchas veces, que cuando los tartamudos acaban de hacer un ejercicio violento, y sobre todo si al mismo tiempo estan muy calientes, se halla tan aumentada la dificultad de hablar, que les es algunas veces imposible decir una sola palabra, ni aun articular las sílabas que pronunciaban habitualmente sin vacilacion.

»Se ha notado tambien que los escesos venéreos, la masturbacion y las vigilias prolongadas, aumentan mucho la dificultad que tienen los tartamudos de espresar sus pensamientos.

»Todas estas causas ejercen una accion mas ó menos directa y mas ó menos rápida. En el estudio etiológico de la tartamudez hay todavia muchos vacios que llenar. Asi es que se ignora la parte que pueden tener la constitucion, los temperamentos, ciertas disposiciones hereditarias, el estado de salud ó de enfermedad anterior y el hábito de hablar ciertas lenguas, en la produccion de esta afeccion. Sobre esta materia hay que hacer todavia muchas investigaciones; y mientras no llegue á saberse mas acerca de ella, ofrecerá su estudio muchos casos de duda, y numerosas dificultades la direccion del tratamiento: tal es por lo menos nuestro modo de pensar.

»Tratamiento. — Los autores antiguos no refieren hecho alguno que pueda servir para la historia de la tartamudez, y parece que generalmente han descuidado emprender la curacion de la enfermedad que nos ocupa. Plutarco (*Les vies des hommes illustres grecs et romains, translatées par Jacques Amyot.*, París, 1600, t. II, p. 519) nos refiere el procedimiento que empleó Demóstenes y con el cual llegó á curarse de la tartamudez; y habiendo adquirido esta curacion demasiada celebridad, no podemos menos de copiar lo que dice el referido autor sobre este objeto. «En cuanto á los defectos corporales que tenia de naturaleza, escribe Demetrio el Faleriense, haberle oido á él mismo, siendo ya viejo, que los remedió del modo siguiente: en primer lugar, tocante al vicio de su lengua, que era voluminosa y que no podia pronunciar todas las sílabas distintamente, lo llegó á corregir introduciéndose en la boca unos guijarros de los que se encuentran á las orillas de los rios, y pronunciando asi con la boca llena algunas oraciones que sabia de memoria; y en cuanto á su voz, que era delgada y débil, la reforzó corriendo cuesta arriba por laderas muy derechas y pendientes, y pronunciando de vez en cuando con grande aliento arengas y versos que sabia tambien de memoria. Se dice que tenia en su casa un espejo grande, delante del cual se ponia de pie derecho, y se ejercitaba y enseñaba á pronunciar sus oraciones.»

»Es estraño que el medio empleado por Demóstenes y descrito por Plutarco no haya sido generalmente adoptado entre los antiguos. En efecto, reasumiendo el valor de los diversos procedimientos que sucesivamente han sido preconizados, se reconoce que en su mayor parte tienen mucha analogia con el medio usado por el orador ateniense.

»Sea como quiera, los trabajos de Menjot, de Fick y de Bergen, que tratan especialmente de esta afeccion, no han dado ningun precepto útil para la profilaxis ni para el tratamiento.

»Solo de algunos años á esta parte se ha visto á Itard (*Journ. univ. des scienc. méd.*, tomo VII), Dupuytren (*Leçons orales*), Rullier (*Dict. de méd.*, 1.ª y 2.ª ed.), Voisin (*Du begayement, de ses causes*, etc., París, 1821, en 8.º), Astrie (*Diss. inaug.*, Montp. 1824), la señora Leigh (*Acad. des scienc.*, sesion de 11 de marzo, 1828), Malbonche (*Acad. des scienc.*, 11 de marzo, 1828), Deleau (*Acad. des scienc.*, sesion de 1.º de diciembre, 1828), Arnolt (*Elem. de*

phil. nat., traduccion de Richard, 1830), Cormach (*Obs. de Naples* y *Ann. de Milano*, 1830), Serres d'Alaix (*Memoire sur le begayement.*, *Journ. des diff.*, Montp., 1830), Hervez de Chegoin (*Journ. gén. de méd.*, mayo, 1830), y Colombat (*Du begayement.*, etc., 2.ª edic., 1831, *Mem.*, etc., 1836), considerar á esta enfermedad bajo un punto de vista práctico, é indicar diversos medios curativos, que se han empleado con mas ó menos éxito.

»Reduciendo á principios generales los diferentes procedimientos inventados por los autores que acabamos de citar, se nota que la mayor parte han intentado la curacion de la tartamudez procurando llenar las indicaciones siguientes: 1.º empleando una especie de traba ó de moderador físico para los movimientos tumultuosos ó difíciles de los órganos de la palabra; 2.º arreglando los movimientos respiratorios de tal modo, que la produccion de los sonidos vocales se verifique al mismo tiempo que se hacen los esfuerzos para articular las palabras; 3.º sometiendo la emision del pensamiento á una especie de ritmo ó de compás, que establezca una gran regularidad en la esposicion de las ideas, y determine en órganos mas ó menos lejanos una modificacion regular de las funciones nerviosas, que las ponga en armonia de accion con las contracciones musculares de los órganos de la palabra.

»Debiendo estudiar sucesivamente los medios que se han propuesto para satisfacer estas diversas indicaciones, los primeros que fijen nuestra atencion serán los moderadores físicos de la palabra. No daremos mas pormenores sobre el medio grosero que habia usado Demóstenes, sin embargo de que pudo producir algunos cambios ventajosos; sino que nos limitaremos á describir los procedimientos modernos, que son generalmente mas susceptibles de aplicacion.

»En 1817 recomendaba Itard el uso de una horquilla mecánica de dos ramas, que levantaba la lengua y la empujaba hácia atrás. Queria tambien este autor que el tartamudo se ejercitase en hablar una lengua estrangera, lo que obliga á un trabajo de memoria bastante asíduo y precisa, al menos á los sugetos que no poseen muy bien los idiomas, á pronunciar sus discursos con alguna lentitud.

»Voisin (loc. cit.) creyó que la introduccion de piedrecillas en la boca bastaria para producir el obstáculo físico que se quiere determinar; pero esto seria resucitar un procedimiento imperfecto.

»Queriendo madama Leigh, señora americana, demostrar su reconocimiento á una persona que le habia favorecido en un momento de apuro, imaginó combatir asíduamente la tartamudez de que estaba afectada la hija de su bienhechor. Para esto inventó un sistema de ejercicio de los órganos de la palabra, por medio del cual obtuvo la curacion radical que se habia propuesto conseguir. La observacion que hizo esta señora, y que le sugirió su medio curativo es, que en el momento en que titubea un tartamudo, se coloca su lengua en el suelo de la boca en vez de aplicarse al paladar, como sucede de ordinario en los que hablan naturalmente. Juzgó, pues, que se remediaria la tartamudez recomendando al enfermo levantar la punta de la lengua y aplicarla al paladar, sustituyendo asi una actitud forzada á una situacion habitual, pero viciosa. Para conseguir este resultado, apelaba á la buena voluntad de las personas sujetas á su tratamiento. Asi es que, como dice Magendie (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 74), la duracion del tratamiento por este método, depende mucho menos de la intensidad del mal, que del grado de energia y de la disposicion moral del individuo que se somete á él. La tartamudez desaparece en general cuando se siguen las indicaciones dadas por madama Leigh; pero no se hace la palabra, ni pura, ni fácil, y la pronunciacion queda imperfecta.

»Malbouche, que fue mucho tiempo depositario del procedimiento de madama Leigh, trató de remediar las imperfecciones de que adolece. Este autor fija su atencion especialmente en los labios, que por sus movimientos regulares ó por su vacilacion, obran sobre la pronunciacion, y recomienda por regla general que esten retraidas las comisuras, de manera que la boca parezca ensanchada. Colocados de este modo los labios no deben ejecutar sino tres especies de movimientos ostensibles: de atrás adelante, de delante atrás, y de separacion ó de abertura de la boca. Despues que ha cesado la emision del sonido, es preciso volver á colocar los labios retraidos hácia atrás, dejándolos en esta posicion hasta otra nueva articulacion; conviene en fin, que esta posicion sea la dominante entre las que deben tomar estos órganos durante la palabra. En cuanto á la lengua, en vez de recomendar solamente que se levante su punta como en el método americano, quiere Malbouche que se eleve la totalidad de este órgano, aplicándole contra la bóveda palatina en el mayor grado de retraccion que sea posible. El procedimiento de este autor tiene el mismo inconveniente que el de madama Leigh, en atencion á que no puede convenir sino á las personas que tienen bastante desarrollo intelectual y bastante voluntad, para ejecutar regularmente y con asiduidad los movimientos que se les ordenan. La traba que se opone en este caso á la produccion de la tartamudez es puramente voluntaria; y asi, como advierte Magendie (loc. cit., p. 79), los niños y esa clase de personas de la sociedad que estan acostumbradas á disertar y discutir sobre todo, sin que jamás lleguen á concluir nada, son incapaces de tal concentracion, y ofrecen por este solo motivo grandes dificultades.

»Colombat (*Mem.*, etc., p. 38 y sig.) se ha visto obligado tambien como Malbouche, á recurrir á una especie de gimnástica, que obra á

la vez sobre las vias aéreas y sobre los órganos que articulan las palabras. Para esto hace que se retire la lengua á la faringe, y que esté vuelta su punta todo lo posible hácia el velo del paladar, un poco por delante de la base de la campanilla; y al mismo tiempo manda separar trasversalmente los labios, de modo que se aparten sus comisuras, como se verifica en la accion de reir. La posicion que este autor da á la lengua es tan ventajosa, que pone á los tartamudos que titubean sobre las letras guturales, dentales y palatinas, en la imposibilidad de tartamudear aunque quieran hacerlo. La tension trasversal de los labios tiene por objeto hacer que desaparezca la especie de temblor convulsivo que existe, cuando para articular las letras labiales, forman los labios como un esfínter curvilíneo. Colombat se ha visto algunas veces en la precision de emplear diversos medios mecánicos, ya para rechazar la lengua ó llenar cualquier otra indicacion, ó ya para impedir los movimientos convulsivos de la mandíbula inferior. Estos aparatos, dice el autor que acabamos de citar, deben modificarse segun la especie particular que se quiera combatir, y segun la indicacion especial que se necesite satisfacer; por lo cual no puede tener cabida su descripcion en una reseña general de los procedimientos que suelen ponerse en uso.

»Convendria, sin duda, discutir aqui el valor de los diferentes modos de oponer trabas á los movimientos tumultuosos ó desordenados de los órganos de la palabra, con lo cual llegariamos sin duda á establecer que estos medios no deben descuidarse en el mayor número de casos, reconociendo asimismo, que en la eleccion que haya de hacerse de ellos, debe uno guiarse especialmente por infinidad de circunstancias que no pueden apreciarse sino estudiando en particular cada clase de tartamudez. Mas para llegar á demostrar esta asercion, seria preciso entrar en algunos pormenores que no podemos consignar aqui. Mas adelante mencionaremos los consejos que da Colombat sobre el tratamiento que debe adoptarse en las diferentes formas de tartamudez que admite este profesor.

»Se han propuesto diferentes procedimientos, cuyo objeto es arreglar los movimientos de inspiracion y espiracion, de tal suerte que la produccion de los sonidos vocales se verifique al mismo tiempo que los esfuerzos para articular las palabras. Vamos á presentar un analisis de los medios que se han empleado.

»Arnolt ha propuesto en una obra traducida por Richard, cuyo título es *Elementos de filosofia natural*, un nuevo método de tratamiento que consiste en imitar «lo que se hace cuando se prolonga un sonido, como cuando uno se detiene al cantar, en la sílaba *fiiiii* de la palabra *fiesta*.» Se ha dicho contra esta costumbre que da á la palabra una modificacion mas desagradable.

»El doctor Serres d'Alaix aconseja en el número 11 del *Jour. des difformités* otro método de tratamiento, que dice haber empleado dos veces con un éxito completo, y que consiste: 1.º en pronunciar, cuando la tartamudez es ligera, de pronto y con fuerza todas las sílabas, prolongando cuanto sea posible los movimientos destinados á la emision y articulacion de los sonidos; y 2.º en asociar, cuando este vicio es considerable, á los mismos esfuerzos de la voz movimientos de los brazos, que el tartamudo debe empujar fuertemente hácia adelante en cada emision del sonido; fundándose en el hecho observado, de que si durante la produccion de un sonido contínuo se imprime á los brazos movimientos violentos, se refuerza el tono en el momento de la conmocion, y disminuye un instante despues para tomar nuevo brio por una nueva conmocion.

»Cormack ha propuesto, en los *Annales de Milan* y en *l'Observateur de Naples*, obligar al tartamudo antes de que hable, á ejecutar una profunda inspiracion y repetir en seguida sucesivamente todos los sonidos que entran en la composicion de una palabra, uno á uno, durante el tiempo de la espiracion. Este método, perfeccionado despues, constituye en la actualidad una de las bases del tratamiento de la tartamudez.

»Malbouche (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. cit., p. 77) no cree que la respiracion por sí sola pueda producir la tartamudez, ni que sea necesario ocuparse de este elemento fundamental de la palabra, el cual añade se regulariza por sí solo desde el momento que disminuye la tartamudez. Respecto de esto dice Magendie que es frecuente observar, que haciendo tomar aliento á los tartamudos aun los mas graduados, se consigue darles facilidad de espresar algunas ideas; pero esto, añade el médico que acabamos de citar, es solamente un artificio por el cual se cambia la dificultad, sin vencerla directamente. Nosotros confesamos que no comprendemos bien esta asercion restrictiva; y nos parece que desde que se halla el tartamudo en la posibilidad de espresar algunas ideas, no es del todo indiferente el resultado obtenido, sino que antes al contrario se ha vencido una de las primeras dificultades.

»Colombat (obr. cit., p. 152) es de este parecer, y establece que debe el tartamudo tener cuidado de no hablar sino despues de la inspiracion, y guardar en lo posible una grande cantidad de aire en el pecho, cuya capacidad debe aumentar el enfermo, inclinando hácia adelante la parte superior del tronco y los hombros hácia atrás. La inspiracion, hecha oportunamente, tiene por objeto, no solo hacer que desaparezca la constriccion espasmódica de las cuerdas vocales abriendo la glotis, sino tambien distender el pecho por una cantidad considerable de aire; de modo que este fluido no salga sino durante una espiracion lenta, que debe verificarse gradualmente y tan solo para

suministrar materia al sonido vocal. Creemos nosotros que es indispensable vigilar esta parte del tratamiento, especialmente en las formas gúturo-tetánicas de la tartamudez, las que parecen en efecto provenir de la falta de relacion entre el momento del sonido vocal, y el movimiento para la articulacion de las palabras.

»Colombat insiste particularmente en la circunstancia, de que el punto fundamental del método curativo consiste en hacer hablar con ritmo. Es de notar, que hace mucho tiempo se recomendaba hablar como cantando, con el fin de obviar los inconvenientes de la tartamudez. Plutarco (loc. cit., p. 519) refiere que quejándose Demóstenes á Satyrus, escelente actor de comedia, de que sus discursos carecian de influencia en el pueblo, le respondió el último: «*No te inquietes, yo lo remediaré bien pronto, y te quitaré la causa, con tal que consientas en recitarme de memoria algunos versos de Eurípides ó de Sofocles.*» Parece en efecto que fue útil semejante ejercicio al famoso orador ateniense.

»Los romanos conocian perfectamente la influencia del ritmo en la palabra; sus oradores, cuando hablaban con dificultad, se hacian acompañar de un instrumento de música en toda la duracion de su arenga, la que recitaban, siguiendo el movimiento adoptado y observado por el músico. Graco no hablaba nunca en público sin tener á su lado un esclavo que tocase la flauta.

»Es un hecho generalmente admitido por todos los observadores, que desaparece la tartamudez en el tartamudo que habla cantando ó declamando. Voisin aconseja la declamacion. Dupuitren recomendaba á sus enfermos que hablaran y aprendieran á tocar instrumentos de música. Un abogado jóven, cuyo tratamiento dirigia este célebre cirujano, se limitó á hablar durante mucho tiempo en un tono análogo á los recitados de nuestras óperas; y llegó muy luego á producirse con mayor facilidad de lo que esperaba. Colombat considera al ritmo como el regulador de todos nuestros movimientos; dice que es el primer orígen de las leyes de la economía humana, y que debe constituir uno de los principales medios que se pongan en uso contra la tartamudez. Sin embargo, en sentir del autor que acabamos de mencionar, el compás no obra sobre la tartamudez, sino cuando se ha llegado á articular las primeras sílabas que suelen revelar mas evidentemente el vicio de los tartamudos. Colombat ha querido indagar la causa de que la tartamudez desaparezca cuando habla una persona cantando ó declamando á compás; y hé aquí la esplicacion que da de semejante hecho (*Mem.*, etc., p. 35): «Dos causas que son consecuencia una de otra, hacen desaparecer la tartamudez cuando se canta. La primera es, que viéndose obligados los tartamudos á someter su palabra á un ritmo músico y poético, los movimientos de los agentes de la fonacion se verifican necesariamente con mas precision y regularidad; y la segunda, que debiendo tener constantemente la idea del compás, esta idea accesoria no solamente detiene la exuberancia relativa de las ideas principales que son objeto de un discurso, sino que tambien modifica la escitacion cerebral; de donde se sigue que la irradiacion nerviosa se hace con mas órden y lentitud, y se encuentra asi en armonía de accion con las contracciones musculares de los órganos de la palabra.... La declamacion en verso modifica tambien mucho la tartamudez; pues entonces el tartamudo se ve obligado á sujetarse á cierto compás poético, y á identificarse con las personas cuyo papel quiere representar.... La atencion que entonces se ve precisado á fijar contínuamente para trasportarse á la situacion de sus héroes, se convierte para él en una idea accesoria, que unida á las ideas principales hace, repito, que el influjo nervioso que precede á la emision de estas últimas se encuentre modificado y amortiguado, y por consiguiente mas en armonía de accion con las contracciones musculares de los órganos de la palabra. Debe el tartamudo hablar siempre á compás, que marcará con el pie, ó bien aproximando el dedo pulgar al índice despues de cada sílaba, ó despues de la segunda, tercera, cuarta y sesta. En la medida es en la que han de insistir mas los tartamudos, fijando en ella especialmente su atencion; y conviene tambien que procuren hablar lentamente, y que dejen un intervalo igual entre cada sílaba, conservando las inflexiones naturales de la voz, para evitar la monotonía de un lenguaje acompasado y siempre en un mismo tono.»

»Hervez de Chegoin (loc. cit., p. 11) concibe del siguiente modo la influencia del canto en la tartamudez: «Si esta no existe cuando cantan los tartamudos, dice el autor que acabamos de citar, es: 1.º porque el compás da á cada instante á la lengua tiempo para descansar y colocarse como conviene para la sílaba siguiente; 2.º porque las sílabas prolongadas que se encuentran muchas veces en el canto, ofrecen la misma ventaja; 3.º porque los movimientos de la mandíbula inferior hacen mas fácil la pronunciacion de las sílabas breves; 4.º porque entra en la composicion del canto la repeticion de una misma sílaba (que es una verdadera tartamudez), la cual es tan fácil para los tartamudos, pues no exige en efecto ninguna combinacion nueva, ni de forma ni de movimientos, ni por consiguiente transicion; 5.º porque muchas sílabas que convendria pronunciar en el lenguaje ordinario, apenas se indican cuando se canta; 6.º porque la lengua, siempre en accion, permanece constantemente en una posicion media; y 6.º en fin, porque la prolongacion del sonido que se verifica en el canto, facilita la formacion de la palabra.

»No se sabria en la actualidad emprender la curacion de la tartamudez nerviosa, sin recurrir á un ritmo que regularizase el lenguaje:

los numerosos resultados que se han obtenido con el auxilio de este método dicen mas que todas las teorías y esplicaciones.

»A los preceptos generales que acabamos de establecer, conviene añadir las reglas siguientes, á cuya ejecucion debe obligarse á la persona que se haya puesto en cura. Durante cierto número de dias no debe el tartamudo hablar mas que en los momentos de ejercicio, y observando minuciosamente las instrucciones que preceden. Si encuentra en su discurso alguna palabra cuya articulacion le sea muy difícil, es indispensable que por espacio de un tiempo mas ó menos largo la repita con cuidado; de modo que en lo sucesivo pueda sobreponerse fácilmente al obstáculo que se presenta. Ha de continuar observando mucho tiempo con todo rigor las reglas á que ha estado sujeto durante el tratamiento. Colombat insiste con razon en estos útiles preceptos: «Se equivocaria un tartamudo, dice este autor, si se creyese curado, porque al cabo de algunos dias de ejercicio pudiera espresarse sin titubear; pues en este caso no deja de ser tartamudo, sino que únicamente cesa de tartamudear por un período mas ó menos largo, lo cual es muy diferente. Debe, pues, continuar muchos meses poniendo en práctica los principios que dejo establecidos, necesitándose cierto tiempo para que se verifique la curacion radical, y para que sin pensarlo se esprese el paciente con facilidad, habiendo contraido el hábito de hablar segun mi método, que solo entonces aplicará en cierto modo maquinalmente.

»No deben los tartamudos temer los malos efectos de la especie de monotonía que resulta de sus sílabas acompasadas; sino convencerse de que su nuevo modo de hablar no será de larga duracion, y que en todo caso seria mucho menos ridículo, que los gestos y esfuerzos penosos que se ven obligados á hacer para articular ciertas palabras.

»Ahora debemos, segun el autor que acabamos de citar, referir los medios terapéuticos que convienen mas particularmente á cada una de las variedades de tartamudez cuya descripcion hemos hecho anteriormente.

»*Género labio-coréico.*—1.ª variedad. *Labio-coréica con farfulleo.*—El compás del mismo modo que queda indicado en el método general; sincopar la primera sílaba de las frases y de las palabras difíciles.

»2.ª variedad. *Labio-coréica deforme.*—Ensanchar la boca trasversalmente apartando para esto las comisuras de los labios; hacer una inspiracion levantando la lengua; detenerse en la primera sílaba que sigue á la inspiracion, y dejar un intervalo entre esta sílaba y las demas.

»3.ª variedad. *Labio-coréica muda.—Tartamudez de las mujeres.*—Hacer que hablen con las mandíbulas aproximadas por medio de una chapita de marfil colocada entre los dientes molares, que deberán apretarla oponiéndose á que se caiga; procurar que el pecho se llene de aire antes de hablar, y especialmente sincopar todas las sílabas.

»4.ª variedad. *Labio-coréica lingual.*—Hacer que el pecho se llene de aire; emplear el rechazador de la lengua, ó simplemente un trozo de box ó de marfil, sostenido debajo de la lengua y colocado trasversalmente en la boca de un lado á otro de los dientes molares: la brida lingual, que levanta la lengua, separa las comisuras de los labios, y se opone á que el aire salga con demasiada facilidad de las fosas nasales, es entre todos los instrumentos el que mejor llena la indicacion.

»*Género gúturo-tetánico.* — 1.ª variedad. *Tartamudez gúturo-tetónica muda.*—Impedir que el aire salga de las fosas nasales por los medios indicados en la cuarta variedad labio-coréica; insistir sobre todo en la inspiracion; aumentar la cavidad del pecho y dilatarla inclinando su vértice hácia adelante y los hombros hácia atrás; cantar la primera sílaba que sigue á la inspiracion.

»2.ª variedad. *Gúturo-tetánica intermitente.*—Cuidar mucho de no hablar jamás sin tener el pecho lleno de aire y contraidos los músculos pectorales como cuando uno quiere ensancharse; emplear los medios que se han dicho en la primera variedad; y detenerse un poco menos en la última sílaba.

»3.ª variedad. *Gúturo-tetánica coreiforme.*—El compás, la inspiracion; dirigir la punta de la lengua vuelta hácia la campanilla; emplear el método general, que es eficaz constantemente y que basta por sí solo, si no existe complicacion.

»4.ª variedad. *Gúturo-tetánica canina.*—Inspirar antes de hablar; cantar todas las sílabas de manera que el sonido de cada una de ellas varie y pase alternativamente de una á otra, como por ejemplo del *do* al *re*, lo mismo que sucede poco mas ó menos en una escala hecha con lentitud. Para impedir que salga el aire todo de una vez en la primera sílaba, convendrá articularla rápidamente, y dejar un intervalo entre ella y las demas, que deberán ligarse y unirse unas á otras.

»5.ª variedad. *Gúturo-tetánica epileptiforme.*—El método general, y sobre todo guardar compás.

»6.ª variedad. *Con balbuceo.*—Es muy difícil de curar y muchas veces imposible, porque está complicada con una afeccion del cerebro: los que la padecen tienen la inteligencia poco desarrollada y son faltos de memoria.

»Aquí termina lo que teníamos que decir sobre el tratamiento de la tartamudez nerviosa. Antes de concluir esta parte de nuestro artículo, queremos insinuar la causa que nos ha impelido á insistir tan largamente en los procedimientos adoptados por Colombat. Este práctico parece tener mucha esperiencia de la enfermedad que acabamos de describir; ha podido oponerle medios poderosos, y hasta hoy ha te-

nido la suerte de obtener un número bastante considerable de curaciones. Es pues hacer un servicio á los prácticos iniciarlos en todos los pormenores indicados por Colombat.

»Desde 1827 hasta el mes de julio de 1833, ha observado y tratado este médico trescientos cuatro casos de tartamudez; entre los cuales se han contado doscientas treinta y dos curaciones sin recidiva, treinta y dos con ella, quince despues de un segundo tratamiento; veintiun casos incurables, y treinta y uno que no pudieron curarse por falta de tiempo y de asiduidad. Itard y Rullier consideran su método de tratamiento como mas ventajoso que todos los demas que hemos espuesto.

»2.° **Tartamudez por causa orgánica.**—Las modificaciones de los órganos pueden ocasionar trastornos en la articulacion de las palabras, lo mismo que en cualquiera otro acto funcional. Puede suceder que esta modificacion obre solamente sobre los centros nerviosos, ó bien que tenga su asiento en los órganos mismos de la palabra, particularmente en la lengua.

»Se ha discutido largamente en estos últimos tiempos sobre la cuestion de saber, si existe ó no en los centros nerviosos un órgano que presida mas ó menos inmediatamente á la articulacion de las palabras. Al tratar de la apoplegia hemos referido los hechos emitidos con este fin por Foville y Bouilland, é indicado la série de consideraciones que han tenido en cuenta Rochoux, Cruveilhier y Sc. Pinel, para rebatir esta deduccion de fisiologia patológica. En el estado actual de la ciencia parece difícil referir á tal ó cual lesion particular del encéfalo, las alteraciones funcionales que sobrevienen como espresion de un cambio en la testura de esta víscera. Mas no por eso deja de estar averiguado, que las enfermedades de este órgano deben influir en la produccion del vicio de la palabra que nos ocupa. Rostan (*Traité de diag.*, t. I, p. 534; 1826) se espresa como sigue acerca de este punto: «La tartamudez sobreviene en las enfermedades del cerebro. Es raro que esta tartamudez, que puede llamarse morbosa, sea efecto de una alteracion idiopática de los órganos de la palabra; pero se la observa en la congestion cerebral, en la hemorragia, en el reblandecimiento del cerebro, en la aracnoiditis cuando llega á afectarse la sustancia cerebral, en las enfermedades crónicas y locales del encéfalo, tales como los tumores cancerosos, tuberculosos, fungosos, huesosos, etc.» No podriamos insistir mas en la descripcion de esta forma de tartamudez, sin anticipar consideraciones que naturalmente no corresponden á este lugar.

»Teniendo en consideracion la tumefaccion de la cara, la dificultad de la respiracion, y la fatiga, que acompañan á la accion de hablar en ciertos tartamudos, se ha supuesto que puede depender la tartamudez de una afeccion torácica. Se ha preguntado si no podria el desórden de los movimientos de las costillas y del diafragma, y del ejercicio de los pulmones, producir esta alteracion de la palabra.

»Hervez de Chegoin que está en posicion de analizar las causas de la tartamudez, ha respondido de la manera siguiente á esta suposicion aventurada: «Las enfermedades de los órganos contenidos en el pecho y las lesiones de las paredes de esta cavidad pueden seguramente alterar mucho la palabra; pero jamás producen la verdadera tartamudez. Si hay quien se incline á creer que puede por lo menos aumentarse este vicio por la dificultad en la respiracion, yo estableceria una opinion completamente opuesta, fundándome en lo que he observado en ciertos dolores neurálgicos muy violentos de los lomos y de la base del pecho, durante los cuales realmente tartamudeaba yo menos; y esplicaria este hecho diciendo, que la respiracion entonces breve y como á saltos, hace que se corten las palabras, obligando así á la lengua á hacer movimientos interrumpidos, que son los que disminuyen la tartamudez, puesto que la aumenta de un modo manifiesto la sucesion contínua y rápida de dichos movimientos. Tambien he hecho muchas veces otra observacion, y es, que estando á punto de tartamudear una sílaba que queria pronunciar por el mismo movimiento de espiracion que la precedente, la formaba sin titubear, si deteniéndome de pronto, hacia una nueva inspiracion antes de continuar hablando; y esto simplemente, porque la lengua relajada tambien durante el movimiento de inspiracion, tenia tiempo de disponerse y colocarse cual convenia para la sílaba siguiente.»

»La posicion viciosa de los dientes, el volumen de la lengua, su grosor, la relajacion de sus ligamentos y la prolongacion del frenillo, se han considerado sucesivamente como otras tantas causas de la tartamudez. Tambien se la ha atribuido á un vicio de conformacion de la mandíbula inferior. Delius creyó que la afeccion que nos ocupa dependia de la existencia de un paladar doble; otros la han mirado como efecto de una division de la campanilla, ó de una conformacion particular del hueso hioides. Estas diversas opiniones no han tenido igual acogida: algunas de ellas encuentran todavia defensores, y otras han caido enteramente en el olvido.

»Sabido es que hace mucho tiempo que los autores de patologia han indicado la influencia de la prolongacion del frenillo lingual en la produccion de la tartamudez. Guido de Chauliac oponia á esta enfermedad la seccion del frenillo; Boyer (*Traité des mal. chir.*, t. VI, página 402, 1822) consideraba la prolongacion de este órgano como capaz de dificultar el ejercicio de la palabra, y en su consecuencia proponia cortarlo trasversalmente. Petit (*Dict. des sc. méd.*, t. XV, p. 496) habia hecho hacia mucho tiempo una observacion análoga, y afirmaba que en algunos casos ocasionaba este vicio la dificultad de articular ciertas palabras.

Tal era el estado de la ciencia sobre esta cuestion, cuando en 1830 Hervez de Chegoin hizo de ella el objeto de una interesante memoria, de la cual vamos á trasladar aqui los principales resultados.

»Para el médico que acabamos de citar la tartamudez depende de un defecto de proporcion entre la longitud de la lengua y la distancia que separa este órgano de las paredes de la boca. Estas pueden tener las configuraciones mas variadas sin que por eso produzcan la tartamudez, siempre que la lengua pueda fácilmente alcanzarlas en los puntos en que es necesario su contacto para la formacion de las sílabas. Por el contrario, la lengua que presente las formas mas análogas á las de las personas que hablan sin dificultad, será causa de tartamudez, si le falta una sola línea de las dimensiones que necesita para llegar sin esfuerzo á las partes que está destinada á tocar, ó si algun obstáculo que le sea inherente, se opone á que sus cambios de forma y posicion se verifiquen tan rápidamente como se necesita para su modo de funcionar.

»Hervez de Chegoin cree, que para que la lengua presente todas las condiciones convenientes, debe tener mayores dimensiones de las que le son estrictamente necesarias, y que descendiendo de este punto empieza la dificultad, hasta que resulta la tartamudez.

»Se repondrá, sin duda, que aquellos á quienes se ha cortado una parte de la lengua, continúan hablando sin volverse tartamudos, y que los individuos privados de este órgano no adolecen tampoco de semejante vicio. A esta objecion responde Hervez, que en tales casos, ó bien la porcion de lengua cortada era tan poco considerable, que no se habian cambiado sus relaciones con la cara interna de la boca, ó bien quedaba tan poca parte de este órgano, que en tal estado los individuos no pronunciaban ya como los otros, lo cual parece confirmar la teoría.

»Para que exista la tartamudez es preciso que la lengua esté casi en las condiciones convenientes para desempeñar sus funciones; cuando se aparta de ellas demasiado, ya no hay vacilacion, es decir, tentativas ó conatos para llegar al punto, ni esperanza de conseguirlo, sino imposibilidad completa: en este caso la pronunciacion varia sin que haya tartamudez; de modo que para librarse de este vicio, es mejor una lengua muy corta, que una á la que solo falten muy pocas líneas.

»La mala conformacion que determina la enfermedad que es objeto de este artículo, consiste en el acortamiento real del tejido carnoso de la lengua, ó en la disposicion viciosa del frenillo, que fija este órgano á la pared inferior de la boca, encerrándole en límites demasiado estrechos.

»El acortamiento del tejido carnoso de la lengua no puede apreciarse sino cuando es muy marcado: sucede algunas veces que llega á un grado tal, que la dificultad de la pronunciacion se halla evidentemente relacionada con el defecto de longitud, y no debe quedar duda alguna sobre la conexion entre la causa y el efecto. Entre el acortamiento escesivo y la conformacion natural hay grados muy numerosos, que constituyen las diferencias de la tartamudez dependiente de esta causa.

»El segundo obstáculo que se opone á los movimientos fáciles y regulares de la lengua, es la mala conformacion del frenillo. Observando atentamente la lengua de un individuo afectado de tartamudez, se ve, ó bien que el frenillo se prolonga demasiado hácia la punta, ó bien que es mas duro ó mas grueso, ó que el suelo de la boca es menos movible, ó que la lengua en fin es realmente mas corta, de modo que la inversion de su punta sobre su cara superior es menos completa y mas dificil que en el estado normal. Por último, si se mide comparativamente la longitud de la lengua, considerada tambien desde la conclusion del frenillo hasta su punta, y la distancia que hay desde esta á los dientes anteriores, se notará fácilmente que no existe la misma proporcion que en los casos regulares. No tratamos ahora de medidas absolutas, sino únicamente de medidas relativas; ni tampoco de defectos que inutilicen la lengua enteramente para desempeñar sus funciones, sino de vicios de conformacion que la precisen á ejecutarlas con ciertos esfuerzos, pero sin oponerse á ellas completamente.

»Hervez de Chegoin (loc. cit., p. 31) en la memoria que hemos analizado de un modo muy sucinto, espone como sigue el plan de *tratamiento* que ha adoptado definitivamente.

»Examino primero con minucioso cuidado la conformacion de la lengua, sea en su tejido carnoso, sea en los vínculos que la fijan á la cara inferior de la boca. Veo si la punta puede ejecutar con facilidad el movimiento de redoblarse sobre su cara y cuanto es lo que puede alargarse fuera de los arcos dentarios. Este examen me sirve para formar mas ó menos esperanzas de buen éxito, y para reconocer la especie de vicio de conformacion que es preciso remediar.

»Si juzgo que la causa de la tartamudez tiene su asiento en el frenillo, practico su seccion....»

»Aqui entra Hervez de Chegoin en la descripcion de un procedimiento operatorio que le es propio, y que podrá tener cabida perfectamente en las obras que traten de las operaciones quirúrgicas

»Cuando el acortamiento de la lengua depende del mismo tejido carnoso, nada hay entonces que cortar, sino mas bien que añadir si fuera posible. No tengo todavia esperiencia sobre este punto; pero el raciocinio fundado sobre lo que precede me ha movido á creer, que un cuerpo estraño, tal como una lámina de plata por ejemplo, que forrase los arcos den-

tarios y los aproximase así á la lengua que no puede alargarse, tendria un resultado ventajoso para la pronunciacion de algunas sílabas; y digo algunas, porque hay otras que se forman por los movimientos de la lengua hácia atrás, los cuales se hallan tambien entorpecidos por su vicio de conformacion.

»En todos los casos es preciso, que despues de la seccion del frenillo, se dediquen los tartamudos largo tiempo y á menudo á pronunciar lenta y bien distintamente todas las sílabas, fijándose en repetir las que les son mas difíciles; en una palabra, deben empezar por articular separadamente cada sílaba. Mas como la dificultad no aparece sino cuando es preciso enlazarlas, á esta especie de union es sobre todo á la que deben atender, forzando para ello los movimientos de la lengua, á fin de que empleando mas fuerza de la necesaria, llegue este órgano á moverse convenientemente y sin ningun trabajo.»

»En otra parte dice este autor al asentar las principales conclusiones que saca de su trabajo: «La seccion del frenillo ha precavido muy probablemente la tartamudez en muchos niños, y la ha curado en algunos. En los casos simples y en la infancia es suficiente este medio para obtener la curacion: en una edad mas avanzada, es preciso empezar tambien por esta ligera operacion; hacerla con algunas precauciones; oponerse á la reunion de las partes divididas, y acostumbrar en seguida la lengua por repetidos ejercicios á los movimientos y á los cambios de forma necesarios para cada sílaba. Cuando no tiene el tejido carnoso de la lengua las dimensiones necesarias, todavia es posible, aunque solo en parte, corregir por un medio artificial la tartamudez que depende de este vicio de conformacion.

»Naturaleza y clasificacion en los cuadros nosológicos.—Sauvages (*Nos. met.*, loc. cit., p. 365) ha descrito la historia de la tartamudez entre las afecciones con debilidad, en el órden tercero de las *discinesias*, como un estado de impotencia del movimiento y del sentimiento que afecta los órganos sometidos al imperio de la voluntad. Esta opinion ha prevalecido mucho tiempo en la ciencia, y Sagar (*Synop. nos. met.*, Edimb. 1799; t. 1, p. 313), así como Cullen (*Synop. nos. met.*, Edimb. 1795, p. 333), la han apoyado sin titubear. Itard, que parece adoptarla, la cree confirmada por la analogía que supone existir entre la verdadera tartamudez y el estado de vacilacion de la lengua que se observa durante la embriaguez, ó en la disposicion á la apoplegia.

»La tartamudez tiene la mayor analogía con el temblor, pues como él es intermitente, variable y sometida á la influencia inmediata de las causas morales (*Acad. de med.*, sesion del 14 de diciembre 1830), aproximándose mucho al que está sostenido por debilidad.

»Rullier (loc. cit., p. 158) ha refutado perfectamente á nuestro parecer este modo de considerar la cuestion. «Cómo puede conciliarse tal idea, dice este autor, con la estremada facilidad con que ejecutan los tartamudos todos los movimientos posibles aparentes de su lengua y de sus labios? Cómo hacerla cuadrar tambien con el estado convulsivo ó espasmódico que presentan en la tartamudez todos los órganos de la voz, caracter que no permite compararla con el balbuceo asténico, síntoma de la embriaguez ó de la congestion cerebral? Añadiremos en fin, que como es sabido, la vejez debilita muy sensiblemente la energía de la accion muscular, sin que por eso deje de producir á veces la curacion espontánea de la tartamudez.»

»Gran número de patólogos han considerado la tartamudez como la espresion de un estado particular de los centros nerviosos. Segun Rullier (loc. cit., p. 157) en el estado fisiológico ordinario los fenómenos de la voz y de la palabra estan en relacion constante con los diferentes grados de escitacion cerebral, y corresponden siempre por su precision y su facilidad á la energía de los sentimientos y á la claridad de las ideas. El esceso y el defecto de escitacion cerebral tienen sobre nuestro lenguage una influencia tan marcada, que ó salen las palabras con ímpetu y facilidad como de un manantial fecundo, ó bien acreditan con su lentitud y dificultad cuanto trabajo cuestan á la inteligencia. Así, pues, ha creido Rullier poder aventurar la congetura siguiente. En el tartamudo la irradiacion cerebral que sigue al pensamiento y se convierte en principio á propósito para poner en accion los músculos necesarios á la espresion oral de las ideas, sale con tal impetuosidad y se reproduce con tanta ligereza, que escede el grado de movilidad posible de los agentes de la articulacion. Hallándose entonces estos como sofocados por la acumulacion de la causa escitante de sus movimientos, caen en ese estado de movilidad espasmódica y de sacudidas convulsivas, que caracteriza la tartamudez. Segun esta congetura, la vacilacion de la lengua no seria mas que una debilidad puramente relativa de los órganos de la articulacion, procedente del defecto de relacion entre la exuberancia de los pensamientos, la ligereza coexistente de la irradiacion cerebral que le corresponde, y la viveza posible de los movimientos sucesivos y variados capaces de espresar las ideas por medio de la palabra. Deleau (*Acad. des scienc.*, sesion del 1.° de diciembre, 1828), que admite tres formas de tartamudez, dice que entre ellas hay una que debe atribuirse á un vicio de pronunciacion contraido en la infancia, pero sin espresar cuál sea su naturaleza; otra que es producida por una lesion orgánica, y que se observa en los apopléticos, en los paralíticos, en ciertos idiotas, etc.; y últimamente otra cuya causa próxima es una voluntad poco firme, una accion cerebral incompleta, ó bien un influjo nervioso insuficiente para dirigir cual conviene

los órganos que sirven para la produccion de la palabra. Dedúcese, pues, evidentemente que la opinion de Deleau es contraria á la que sostiene Rullier.

»Magendie (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 67) ha opuesto á la teoria del médico que acabamos de citar, numerosos casos de tartamudez, observados en individuos que podian tomarse todo el tiempo necesario para la espresion de las ideas, que no eran nada abundantes ni rápidas. Piensa este autor que es inútil buscar la causa de la tartamudez, y añade que todas las esplicaciones que se han dado con este fin son ilusorias.

»Creemos que la primera parte de esta proposicion no puede admitirse por ningun médico que desee los progresos de la ciencia; pues aunque el estudio etiológico de las enfermedades se halle erizado de numerosas dificultades, no por eso ha de dejarse de emprenderlo. Cierto es que han de tomarse muchas precauciones, cuando se trata de seguir una senda tan espinosa en la que es fácil perderse; pero no es este motivo suficiente para abandonarla. No deberia olvidar Magendie, que elevándose al conocimiento de las causas próximas de las enfermedades, es como llegan á encontrarse medios para combatirlas; asercion que no podrá poner en duda sin censurar sus propios escritos. Nosotros creemos con Magendie, que las esplicaciones que se han dado de la tartamudez son generalmente ilusorias, y sin embargo nos parece demostrado que algunas se adaptan perfectamente á ciertos casos particulares, y que á los autores que las han emitido lo único que se les puede decir es, que han querido fundar indebidamente en algunos hechos bien observados la esplicacion de todos los casos posibles. La mayor parte de los médicos consideran la tartamudez como una afeccion de naturaleza esencialmente nerviosa. Voisin, Astrie y Colombat, han sostenido esta tésis con numerosos argumentos, que nos es imposible reproducir en este lugar. Insisten estos autores en la influencia del ritmo como medio regularizador de la incitacion y de la irradiacion cerebral, y refieren algunas observaciones que propenden á probar, que inspirando confianza á los tartamudos, haciendo que hablen con el rostro cubierto por una mascarilla, y aconsejándoles que usen los alcohólicos cuya accion los anima en ocasiones á sobreponerse á toda crítica, se los libra momentáneamente de su dolencia. Si las impresiones ligeras aumentan la tartamudez, dicen aquellos autores, las impresiones vivas, las pasiones vehementes, los grandes movimientos del alma, tales como los que produce la cólera, el miedo, una injuria grave, un peligro inminente, etc., hacen desaparecer esta afeccion por algunos instantes. Añaden, que las personas cuya inteligencia está poco desarrollada, como los niños hasta los cuatro ó cinco años y los viejos, no tartamudean sino muy raras veces, porque unos y otros en general se impresionan mas débilmente. Por último, indican la influencia que tiene la imitacion para producir la tartamudez.

»Apreciando cuidadosamente estos diversos argumentos, se reconoce muy luego que se hallan lejos de conducirnos á unas mismas consecuencias. Unos propenden á probar, que una accion cerebral muy enérgica determina una gran rapidez en la accion de pensar, y favorece el desarrollo de la tartamudez, llamando hácia los órganos de la articulacion de las palabras una sobreactividad de ejecucion que no pueden soportar. Mas otros no permiten dudar que la tartamudez es muchas veces la espresion de una pereza de la inteligencia, debiendo entonces atribuirse la vacilacion del discurso á la lentitud del pensamiento. Por otra parte nos parece demostrado ademas, que los órganos de la palabra pueden estar afectados de un temblor coréico, que causa otra nueva especie de tartamudez. Linneo tuvo probablemente en cuenta esta enfermedad, cuando colocó la tartamudez (*Synop. nos. met.*, t. I, p. 111; Edimburgo, 1795) entre las agitaciones musculares. En fin, como última forma de la tartamudez nerviosa, no titubeamos en indicar ese vicio de la palabra que resulta de un defecto de coincidencia entre el momento de la espiracion, y por consiguiente de la fonacion, y el instante en que empiezan á funcionar los órganos de la palabra: las personas que padecen esta lesion no tartamudean cuando hablan en voz baja.

»En resúmen, nosotros reconocemos cuatro formas de tartamudez nerviosa idiopática, que denominamos y clasificamos del modo siguiente: 1.° *tartamudez con exuberancia de las facultades intelectuales*; 2.° *tartamudez por disminucion de la inteligencia*; 3.° *tartamudez coreiforme*; y 4.° *tartamudez por espiracion anticipada.*

»Sin embargo, no somos nosotros de los que miran á la tartamudez como una afeccion siempre idiopática. Ya hemos mencionado mas arriba la que resulta de una modificacion orgánica de los centros nerviosos, la que llama Rostan *tartamudez morbosa*, y cuya existencia no creemos pueda negarse. Aparece esta última especie como síntoma de una enfermedad que puede variar en cuanto á su asiento y naturaleza, y podria llamarse *tartamudez por paralisis.*

»Morgagni (*De sed. et caus. morb.*, ep. XIV, §. 38) refiere la opinion de Santorini, quien miraba la tartamudez como procedente de dos agujeros insólitos escavados en el hueso maxilar; el hecho de Delius (*Act. N. C.* t. VIII, observacion 106), que encontró doble el velo del paladar en un tartamudo, y la doctrina de Hahn (*Commerc. litt*, año 1736, *hebd.* 31, n. i, ad §. 25), que atribuia la tartamudez á una mala conformacion del hueso hioides. Magendie (loc. cit., p. 65) ha rebatido estas diversas esplicaciones, y otras en que hemos insistido ya anteriormente, diciendo que « la

inspeccion de los órganos vocales de un tartamudo, hecha con toda la atencion imaginable, no demuestra las mas veces diferencia alguna apreciable de los mismos órganos en una persona sana. Ademas, cómo conciliar la existencia de causas físicas constantes con las innumerables variaciones que presentan los fenómenos de la tartamudez?» Sentimos mucho que al escribir estas líneas, no tuviera ya conocimiento Magendie del interesante trabajo de Hervez de Chegoin sobre esta materia: entonces hubiera podido discutir la cuestion mas concienzudamente, y nos habria dejado un buen exámen crítico. En el estado actual de la ciencia, nos parece que modificando un poco la escesiva estension que Hervez de Chegoin ha dado á su modo de pensar, debe reconocerse con este distinguido observador que «el vicio local que produce la tartamudez consiste en un obstáculo á los movimientos de la lengua, en los cuales hay dificultad, pero no imposibilidad. Este obstáculo consiste, ó en el acortamiento de su tejido carnoso, ó en la disposicion que presenta el frenillo, ó bien en un defecto de relacion entre la lengua y las paredes de la boca, que debe tocar en ciertos puntos para la formacion de muchas sílabas. Pueden articularse los sonidos teniendo inmóvil la lengua; pero entonces no se tartamudea, sino que se habla de una manera desagradable y apenas inteligible. Cuando dura mucho tiempo la tartamudez, toman los músculos de la lengua un hábito vicioso de contraccion, que es un obstáculo para curarla; y aun puede suceder tal vez que adquieran en su forma cambios imperceptibles á la vista, pero reales: muy poco se necesita para producir la tartamudez ordinaria.» Esta variedad constituye la *tartamudez por modificacion del estado de la lengua.*

»Si los hechos que acabamos de mencionar son verdaderos, debe colocarse la tartamudez en una obra de nosologia entre las neurosis, en cuanto á las cuatro primeras formas que hemos indicado. En cuanto á las dos últimas, no constituyen mas que una perversion sintomática, y no deben separarse de las alteraciones que las determinan.

»Historia y bibliografia.—La historia de la tartamudez no se halla espuesta por completo en ningun tratado de patologia; solo como especialidad ha fijado la atencion, y bajo este aspecto se ha sustraido á la crítica general. No volveremos á enumerar en este párrafo los trabajos que nos han servido de base para formar este artículo, pues á su tiempo hemos ido citando cuidadosamente las fuentes en que hemos bebido. Bueno seria examinarlas; pero ya lo hemos hecho al tratar de la naturaleza de la tartamudez. Por ahora nos bastará recordar al lector, que entre los trabajos mas importantes que se han publicado sobre esta materia, conviene consultar especialmente el capítulo que ha consagrado Sauvages en su *Nosologia metódica* al estudio de la tartamudez; la obra de Colombat; el artículo de Magendie, que reasume cuidadosamente las opiniones de Malbouche; la memoria de Hervez de Chegoin, que acaso debiera haberse estudiado mas, y sobre todo el artículo estenso *Tartamudez*, que ha insertado Rullier en la segunda edicion del *Diccionario de medicina* » (Monneret y Fleury, *Compendium de médécine pratique*, t. I, páginas 516—534).

ORDEN SESTO.

Enfermedades de los sistemas muscular y fibroso.

ARTICULO PRIMERO.

Del reumatismo.

«Etimologia.—La palabra reumatismo se deriva de ῥέω, flujo, y de reuma, fluxion.

»Sinonimia.—Ῥευματισμος, ῥευμα, Galeno, Dioscorides; *rheumatismus*, Plinio, Sauvages, Linneo, Vogel, Boerhaave, Junker, Cullen, Sydenham, Pinel; *myositis*, Sagar, Ploucquet; *myitis*, Crichton; *dolores rheumatici*, Hoffmann; *arthodinia*, Cullen; *cauma rheumatismus*, Young; *arthosia acuta et chronica*, Good; *arthritis rheumatica* Swediaur; *febris rheumatica* de diferentes autores.

»Definicion y division.—Antiguamente se referia á la palabra reumatismo la idea de una fluxion humoral: «Est autem passio generaliter acuta, dice Celio Aureliano, atque strictura suffecta, *adjuncto levi humoris fluore*, quem rhumatismum vocant» (en *Boerhaavi Aphor.*, t. V, p. 599, en 4.º; París, 1773). Aunque los antiguos usaban la espresion reumatismo para designar enfermedades muy diversas por su naturaleza y por su asiento, llamaban especialmente de este modo el reumatismo articular, que se esforzaban por separar de la gota. Los autores modernos se han apartado poco de las doctrinas antiguas; pero en estos últimos tiempos ha adquirido mas precision el sentido de la palabra reumatismo. Muchos médicos refieren todavia la gota al reumatismo; mas por punto general se conviene en no dar este último nombre sino á las afecciones dolorosas agudas ó crónicas de las articulaciones, de los músculos, de los tejidos sero-fibrosos y de los órganos en cuya composicion entran uno ó muchos de los tejidos que acabamos de nombrar (reumatismos viscerales). Adviértase sin embargo, que aunque se conoce bien la naturaleza del reumatismo articular agudo, no sucede lo mismo con el reumatismo articular crónico y con el que afecta los músculos y las vísceras.

»Háse dividido el reumatismo segun las partes que afecta mas especialmente en: 1.º reumatismo articular; 2.º muscular; 3.º de los órganos internos; division que adoptaremos tambien nosotros.

§. 1.º *Reumatismo articular.*

»Sinonimia.—Reumatismo simple, artritis reumática, reumatismo fibroso, artro-reumatismo, sinovitis.

»Definicion.—El reumatismo articular es la flegmasia aguda ó crónica de la membrana sinovial de las articulaciones, independiente de toda violencia esterior, y caracterizada por el dolor, la rubicundez y la tumefaccion de los tejidos que rodean las articulaciones, ó por uno solo de estos fenómenos, como sucede en el reumatismo crónico.

»Division.—El reumatismo articular es agudo ó crónico.

»I. **Reumatismo articular agudo.**—Muchos datos existen para la historia del reumatismo articular agudo, pero no todos de igual importancia. De los mas antiguos, que con harta frecuencia estan plagados de hipótesis y de errores, solo nos serviremos cuando puedan ilustrar algunos puntos de la historia del reumatismo, y por el contrario, daremos estenso lugar á las investigaciones modernas de que ha sido objeto esta afeccion. Por último, nos valdremos tambien para redactar este artículo, de las observaciones recogidas por uno de nosotros en las diferentes salas de hospitales que de cinco años á esta parte han estado á su cargo. Estas observaciones, cuyo número asciende á ciento diez, le han permitido comprobar la exactitud de ciertas proposiciones, y desechar otras que no estan todavia suficientemente establecidas. Bien se nos alcanzan las dificultades que ofrece el estudio del reumatismo, y asi es que á menudo nos atrincheraremos en una prudente reserva, sin que por eso dejemos en mas de un caso de aventurar nuestro juicio sobre los trabajos que se han publicado desde hace algunos años.

»Alteraciones anatómicas.—Interesan la túnica serosa, los tejidos fibrosos y los cartilaginosos.

»*Alteraciones que interesan la membrana sinovial, su producto de secrecion y los tejidos fibroso y cartilaginoso.*—Antes de indicar las lesiones que tienen su asiento en la membrana sinovial, recordaremos que existen entre los anatómicos grandes disidencias respecto de la estructura propia de esta membrana. Rudolphi, Valentin, Henle y Burggraeve, admiten que alrededor de los cartílagos cesa de pronto la sinovial, y produce solamente una laminilla lisa, que se prolonga por encima de las estremidades articulares, y constituye un epitelium pavimentoso, parecido á esa capa inorgánica de la piel que se llama epidermis. Meckauer cree que las hojas mas superficiales de los cartílagos constan de células tan aplastadas, que se parecen enteramente á las células del epitelium. Richet y Gavarret han comprobado evidentemente esta disposicion á beneficio de un aumento de trescientos diámetros (*Recherches sur les tumeurs blanches* en *Annales de la chirurgie française*, p. 16, mayo, 1844). De estos estudios anatómicos resulta un hecho de la mayor importancia, á saber, que una de las partes de la serosa es inorgánica y completamente desprovista de vitalidad; al paso que la otra se halla constituida por un tejido celular rico en vasos sanguíneos, y dotado de una sensibilidad muy esquisita. En esta última parte de la serosa es donde se encuentran principalmente las alteraciones que determina la flegmasia reumática.

»Bouillaud, cuyos notables estudios sobre el reumatismo tendremos ocasion de citar muy á menudo, dice haber comprobado la rubicundez de la sinovial, sola ó con engrosamiento. La rubicundez, cuyo matiz varia desde el tinte sonrosado hasta el rojo oscuro y aun lívido, se halla dispuesta en chapas, en fajas, ó repartida uniformemente (Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, p. 218, en 8.º, París, 1840). Se ignora si el tejido subsinovial está inyectado ó rojo, y si la rubicundez es debida á arborizaciones vasculares ó á una inyeccion mas fina y en cierto modo mas capilar.

»Muy poco se sabe todavia acerca del primer grado de la flegmasia reumática: como el período de congestion no determina la muerte, no ha habido ocasion de abrir los cadáveres hasta una época mas adelantada de la enfermedad, despues de disipada enteramente la congestion flegmásica. ¿Produce la inflamacion reumática la misma alteracion que las flegmasias determinadas artificialmente en los animales? No podemos responder á esta pregunta: sin embargo, nos parece útil para el estudio anatómico-patológico del reumatismo referir aquí el resultado de algunos esperimentos hechos por Richet. Ha visto la sinovial muy inyectada en su tejido profundo y subseroso, aumentándose aun mas la inyeccion cuatro horas despues de abierta la articulacion, pero siempre limitada á dicho tejido subseroso. Al cabo de veinticuatro horas la superficie serosa se cubre de una linfa plástica que se quita fácilmente, y debajo de la cual se presenta la rubicundez superficial, diseminada en forma de equimosis y de manchas violadas. A las cuarenta y ocho horas se espesa la linfa plástica y toma un color de heces de vino; la sinovial aparece granulosa y continúa segregando pedazos de falsas membranas y de pus. En los últimos dias pierde la sinovial su pulimento, y se cubre de granulaciones formadas por una red vascular subserosa (mem. cit., p. 35). En resumen, bajo la influencia del movimiento flegmásico se inyecta el tejido subseroso; la sinovial se enrojece á su vez sin que en ella se descubran vasos evidentes; se destruye la hojilla formada por el epitelium, perdiendo su pulimento natural y haciéndose granulosa y como fungosa, y segrega un líquido seroso, rojizo, el cual se hace luego viscoso y llega á constituir verdadero pus, y aun á veces se forman falsas membranas (memoria citada, p. 38). Es visto, pues, que la

flegmasia se conduce en la membrana serosa articular poco mas ó menos como en los demas tejidos. No nos atreveremos á decir que sean enteramente parecidos los fenómenos morbosos que se observan en el reumatismo articular; sin embargo, advertiremos que Bouillaud y algunos otros autores, han encontrado en casos de reumatismo rubicundez, engrosamiento y reblandecimiento de los tejidos. Tambien veremos que las alteraciones que sufre el producto segregado son idénticas en la flegmasia reumática y en la producida artificialmente.

»Uno de los efectos mas comunes del reumatismo es alterar la cantidad y la calidad del líquido sinovial. Al aumento de la cantidad de este líquido se refieren la tumefaccion de las articulaciones afectas, y la formacion de colecciones bastante considerables en las coyunturas grandes, como en el hombro, en la rodilla y en el codo. Es, pues, la hidrartrosis una lesion que puede pertenecer á la flegmasia reumática. Rara vez se halla despues de la muerte mas de una á dos onzas de líquido. Las bolsas mucosas de los tendones contienen tambien á veces una cantidad anormal de sinovia mas ó menos alterada.

»*Las alteraciones de calidad* del líquido sinovial acompañan constantemente á la flegmasia reumática. De treinta y tres observaciones con necropsia que trae Bouillaud, era la materia del derrame: en 21 casos pus verdadero, loable, trabado, homogéneo, flemonoso, á veces amarillento; en 1 caso pus seroso; en 6 sinovia purulenta y turbia; en 1 copos albuminosos; en 1 líquido sero-albuminoso; en 1 sinovia espesa, amarillenta, turbia, algo parecida al líquido espermático; en 1 sinovia espesa, y en otro simple serosidad. Solo una vez ha comprobado Bouillaud el desarrollo de una capa membraniforme en la sinovial de la rodilla derecha. En los esperimentos hechos por Richet ha sido frecuente esta exudacion plástica.

»La ulceracion y la destruccion de la sinovial no nos parecen pertenecer á la artritis reumática aguda.

»Las cápsulas fibrosas y los ligamentos no participan de la inflamacion ni presentan alteracion alguna apreciable, ó por lo menos los autores guardan silencio respecto de este punto. Háse pretendido que los tejidos fibrosos, como privados que estan de vasos y de nervios, nunca eran asiento de inyecciones ni de las demas lesiones tan comunes en las flegmasias de otros tejidos. Sin discutir nosotros esta importante cuestion de anatomía, diremos que los tejidos fibrosos, los ligamentos, no menos que los cartílagos y los huesos, pueden afectarse consecutivamente á la flegmasia sinovial; pero que solo se observan semejantes alteraciones bajo la forma crónica, y en casos bastante raros. «El reumatismo articular, dice Cruveilhier, es una flegmasia que ofrece todas las terminaciones posibles de la inflamacion, y en particular la supuracion y las degeneraciones de tejido conocidas con el nombre de tumores blancos» (*Anat. path.*, 4.ª ent). Mas adelante nos ocuparemos de estos efectos de la artritis (véase *reumatismo crónico*). En la forma aguda del reumatismo se puede decir que los tejidos que rodean la sinovial no participan de la accion morbosa que en ella se efectúa.

»No podemos abandonar el estudio de las alteraciones anatómicas sin tratar de inquirir si la supuracion de las articulaciones pertenece realmente á un simple reumatismo articular. Empezaremos por establecer que no todos los hechos referidos por los autores merecen igual confianza. Las tres observaciones de supuraciones articulares que ha recogido y publicado Malle, nos parecen referirse á afecciones de naturaleza muy distinta del reumatismo (*Lettre sur la term. du rhum. par suppurat.*, en *L'Experience*, p. 49, n.º 82; 1829). Lo mismo acontece con muchos casos tomados por Bouillaud de varios autores y de diferentes colecciones, y que en su mayor parte pertenecen á la categoría de aquellos que se han observado en una época, en que no se conocia bien la historia de las reabsorciones purulentas y de las afecciones sépticas y virulentas que á menudo determinan derrames de pus (muermo, flebitis, fiebre puerperal, etc.). ¿Es esto decir que el reumatismo nunca determine la secrecion de pus en las articulaciones afectadas? Lejos de nosotros tal opinion; solo queremos establecer que este caso es sumamente raro: por nuestra parte no hemos visto un solo ejemplo en mas de cien reumatismos. Consultando los autores, con mucha dificultad se consigue reunir algunas observaciones. Asi, pues, no podemos menos de creer que la flegmasia reumática es una de esas flogosis eritematosas y fugaces, que generalmente ocasionan rubicundez, tumefaccion é inyeccion superficial de las membranas, y muy rara vez secrecion de pus. Las investigaciones necroscópicas vienen en apoyo de este aserto, sobre todo si se hace abstraccion de esos casos dudosos, en que la causa de la supuracion es estraña al reumatismo, ó por lo menos de un orígen poco conocido.

»No haremos mas que mencionar las alteraciones coexistentes que residen en las vísceras, y que dependen de la estension de la flegmasia reumática. El endocardio, el pericardio y la pleura son las tres membranas que mas comunmente presentan los vestigios de esta inflamacion, y en su lugar correspondiente hemos trazado la historia de las curiosas lesiones á que da orígen (véase *endocarditis*, *pericarditis y pleuresia*). Solo recordaremos, que cuando las provoca el desarrollo del reumatismo, ofrecen los mismos caractéres que en las flegmasias comunes.

»Estos *reumatismos internos*, como los llama Bouillaud con tanta exactitud, no difieren de las flegmasias simples y no reumáticas; lo cual, por decirlo de paso, es un hecho que mi-

lita tambien en favor de la identidad del reumatismo y de las demas flegmasias membranosas. Efectivamente, si la flegmasia reumática difiriese de estas últimas, deberia presentar una forma especial cuando ocupa la pleura ó el pericardio, lo cual no sucede.

»*Alteraciones de la sangre.*—Despues de las lesiones anatómicas de los sólidos, deben ocuparnos las que esperimenta la sangre en el reumatismo. Estraido este líquido de la vena por una mediana abertura, y colocado en condiciones que permitan á la coagulacion verificarse libremente, forma un coágulo sólido, pequeño, retraido, cubierto de una membrana amarillenta, resistente, de dos á cinco líneas de grueso, formada por la fibrina coagulada y reunida en la superficie de los glóbulos y de la materia colorante, que con la serosidad infiltrada constituyen el coágulo sanguíneo: este tiene los bordes revueltos y se parece bastante á ciertos hongos. Esta forma particular del coágulo procede de la enérgica y espontánea retraccion de la fibrina, que casi en totalidad se halla en la cara superior del coágulo, atrayendo hácia sí toda su circunferencia. Es tal la firmeza del coágulo, que se le puede levantar y agitar con fuerza sin romperle. Está nadando en una serosidad diáfana, amarillenta, de color de ámbar ó verdoso, y muy abundante. Tambien se encuentra la capa fibrinosa de que acabamos de hablar en la superficie de los coágulos obtenidos por las ventosas escarificadas (Bouillaud).

»Los analisis hechos por Andral y Gavarret demuestran, que el reumatismo es una flegmasia que eleva la fibrina á una cifra tan elevada como la inflamacion de otro órgano muy diferente por su estructura y sus funciones, cual es el pulmonal. De cuarenta y tres sangrias, llegó la fibrina al número 4, 6 veces; al número 5, 15 veces; al 6, 13 veces; al 7, 3 veces; al 8, 3 veces; al 9, 3 veces; y al 10, 2 veces. El aumento de la cifra de fibrina se halla en razon de la intension y de la estension de los dolores, de la calentura, y del caracter agudo de la enfermedad. El término medio oscila entre 7 y 8 (*Recherches sur les modifications de proportions de quelques principes du sang.*, p. 16, en 8.°; París, 1840). Estos resultados obtenidos por el analisis química son enteramente decisivos, y no dejan duda alguna acerca de la naturaleza flegmásica del reumatismo, que en lo sucesivo no se podrá menos de colocar en primera línea entre las inflamaciones agudas.

»Síntomas.—Los fenómenos morbosos que provoca el reumatismo, se desarrollan en un órden que mas adelante indicaremos (véase Curso); por ahora vamos á estudiarlos cada uno de por sí, empezando por los síntomas locales, que se han llamado *articulares* ó *artríticos*, y que son: el dolor, la tumefaccion, la rubicundez y el calor.

A. El *dolor reumático* es un síntoma constante y que anuncia con toda certeza la invasion de la enfermedad. Ofrece varios grados de intension; ora, aunque rara vez, es moderado ó leve; ora es agudo, atroz, segun la espresion de Sydenham. Se exaspera singularmente cuando se toca ú oprime la articulacion enferma. Los menores movimientos comunicados por una mano estraña, ó por la contraccion involuntaria de los músculos, arrancan gritos al paciente.

»El dolor reumático hace tomar á las partes afectas ciertas actitudes. Los miembros superiores se aproximan al cuerpo; los antebrazos, medio doblados, á los lados del pecho, y las manos á la parte anterior del torax. Las muñecas y los dedos se hallan en semi-flexion. A veces descansan sobre la cama los dos miembros superiores, á los lados del cuerpo y en una estension completa. Cuando el reumatismo articular ocupa los miembros inferiores, se hallan estos estendidos y aproximados uno á otro, y los pies inclinados hácia dentro ó hácia fuera, en disposicion de evitar la presion dolorosa de las cubiertas. La inmovilidad absoluta que guardan los sugetos, y la actitud especial de los miembros afectados, sirven para dar á conocer la enfermedad.

»Segun Bouillaud no debe atribuirse el dolor reumático á la membrana sinovial inflamada, sino á los nervios sensitivos que se distribuyen en los tejidos que rodean la articulacion (*Journal hebdomadaire de méd.*, 25 de agosto de 1834). Verdad es que en los esperimentos hechos en animales se puede irritar, dislacerar la sinovial, los tejidos fibrosos, los ligamentos y los cartílagos, sin provocar dolor; pero cuando se abre una articulacion y se la deja que empiece á inflamarse, se queja el animal cuando se trata de imprimir algun movimiento al miembro. Una inyeccion irritante hecha en una articulacion, provoca instantáneamente un dolor agudo, viéndose al animal agitarse y manifestar grandes padecimientos. Asi, pues, bien resida el dolor en la túnica sinovial, ó bien en los nervios sensitivos de las partes inmediatas, lo cierto es que la flegmasia produce el efecto casi constante de determinar un aumento morboso de la sensibilidad en tejidos que en el estado normal estan privados de ella.

»B. La *tumefaccion* es un síntoma que aparece desde el principio del reumatismo al propio tiempo que el dolor. Generalmente es mas pronunciada en las articulaciones pequeñas, como por ejemplo, en las de los dedos de la mano. Sin embargo, tambien es muy evidente la tumefaccion en las muñecas, los maleolos, la articulacion esterno-clavicular y las rodillas. Cuando la tumefaccion reumática se presenta en los dedos del pie ó de la mano, se hallan la piel y los tejidos subyacentes tersos, relucientes y rojos.

»La tumefaccion depende de dos causas: la congestion inflamatoria que se verifica en los tejidos que rodean la articulacion afecta, y el

derrame de sinovia en la cavidad articular. La turgencia inflamatoria de los tejidos es debida al aflujo de líquidos, y en particular de sangre; hiperemia sanguínea que se manifiesta evidentemente por la rubicundez, y en ciertos casos por el desarrollo apreciable de las venas subcutáneas, y la pulsacion de las ramas arteriales mas superficiales (Bouillaud, p. 235).

»La hidrartrosis es la causa principal del aumento de volumen de las coyunturas afectas, que se desfiguran entonces de varios modos. En la rodilla se borran las depresiones laterales, y toma la articulacion una forma redondeada, alejándose la rótula del cóndilo del fémur, sobre el cual se desliza en el estado natural. Cuando se la rechaza hácia atrás se siente y oye un choque debido al repentino contacto de la rótula con los cóndilos; fenómeno que se percibe mejor cuando se acumula el líquido sinovial hácia las partes mas bajas, con una mano colocada por encima de la rótula, sobre el músculo recto anterior del muslo; pues apoyando entonces sobre este hueso, se determina el choque de que acabamos de hablar. En la hidrartrosis es mas marcada la prominencia de la cápsula articular hácia las partes laterales y superiores de la rótula. Comprimiendo sobre este hueso y comunicándole algunos movimientos laterales, se produce en ocasiones ruidos de frote, de deslizamiento, y aun crujidos, que se han comparado á los ruidos que se perciben en los sugetos afectados de pleuresia y de pericarditis (ruidos de frote y de cuero nuevo). Acercando el oido al parage en que se verifican, se los oye á veces de un modo muy claro. En un caso referido por Bouillaud, se los oia á siete pulgadas de distancia. Tambien se los percibe en otras articulaciones, como la muñeca, el hombro y la flexura del pie; pero son mas claros y frecuentes en la rodilla. Estos ruidos, como igualmente la sensacion de frote, dependen indudablemente de la accion morbosa que se verifica en las superficies secretorias, de la calidad del líquido segregado, y segun algunos autores, de la tumefaccion de la túnica serosa, lo cual nos parece menos probado.

»Las demas articulaciones presentan deformidades relativas á su disposicion anatómica natural. Cuando no se hallan cubiertas de músculos gruesos, afectan por punto general una forma globulosa, como en los dedos de las manos y los pies; en los tobillos la prominencia formada por los huesos disminuye á causa de la tumefaccion de los tejidos inmediatos, que propenden á nivelarse con las elevaciones óseas.

»La tumefaccion articular es, juntamente con el dolor, la causa de la inmovilidad de los miembros y de la actitud que les dan las personas que padecen reumatismo. La medicion permite apreciar el grado de tumefaccion y los cambios que sobrevienen en el volumen de las coyunturas enfermas; pudiéndose de este modo seguir rigorosamente las diversas fases de la hidrartrosis. La fluctuacion es otro signo cuya existencia es preciso investigar en todos los casos, aunque generalmente no se le puede apreciar muy bien mas que en la rodilla, y á veces en la muñeca.

»C. La *rubicundez* cutánea, llamada impropiamente por algunos autores *roseola reumática*, aparece constantemente cuando la flegmasia tiene mucha intension. Hállase constituida por un color sonrosado, bermejo, igual, y sin embargo mas pronunciado en un punto de la articulacion que corresponde á su centro, y desde el cual va disminuyendo hácia la circunferencia. Desaparece con una ligera presion y vuelve á presentarse en cuanto se deja de oprimir. En todas las coyunturas que no estan cubiertas por músculos muy gruesos se observa esta rubicundez reumática, que es muy comun en las manos, en los pies, en las muñecas, en las rodillas y en la articulacion esterno-clavicular. Casi siempre acompaña á la tumefaccion y al dolor.

»D. El *aumento de calor* es segun Bouillaud, un fenómeno efectivo, cuyos grados ha comprobado muchas veces por medio del termómetro (ob. cit., p. 237). Siente el enfermo en las articulaciones afectas un calor interior, á menudo muy incómodo.

»*Síntomas generales.*—Para hacer con alguna claridad la descripcion de los fenómenos simpáticos ó de reaccion, debemos estudiar separadamente el reumatismo simple y el complicado (véase COMPLICACIONES). Segun ciertos autores no es raro el reumatismo *únicamente articular*. Pero sea como quiera, diremos con Bouillaud, «que suele ser muy difícil deslindar con exactitud la influencia de la reaccion simpática del reumatismo articular sobre el sistema sanguíneo, ó sea de la reaccion febril, y aislar perfectamente estos fenómenos de reaccion, de los que pertenecen á las afecciones directas del corazon que coinciden con el reumatismo articular» (p. 243).

»Háse dado el nombre de *fiebre reumática* ó *artrítica*, á la que depende de la existencia de la flegmasia articular. Algunos autores han usado esta espresion de *fiebre reumática*, para designar una especie de *calentura esencial*, que consideran como uno de los principales elementos de la enfermedad, suponiendo que precede al desarrollo de los dolores, y persiste despues de haber desaparecido estos. En la actualidad no se puede conservar semejante sentido á la palabra fiebre reumática: nociones mas exactas de anatomia patológica, y una observacion mas atenta, han demostrado que el movimiento febril se manifiesta en tres condiciones patológicas diferentes: 1.° precede al desarrollo de los síntomas locales, y especialmente del dolor y de la tumefaccion; 2.° los acompaña durante todo el curso de la afeccion reumática; 3.° persiste despues de haberse disipado los fenómenos locales. Mas adelante nos

ocuparemos de la causa que sostiene la fiebre sin los signos locales del reumatismo; por ahora nos limitaremos á establecer, que en los dos primeros casos depende de la flegmasia articular, y en el tercero de una inflamacion interna que generalmente reside en el endocardio ó en el pericardio.

»La fiebre que se observa en el curso del reumatismo ofrece una intension variable, y da lugar á los síntomas que se han comprendido bajo el nombre de *calentura inflamatoria* ó *angioténica*. El pulso late con fuerza 90, 100, ó 120 veces por minuto; la arteria está ancha, llena, desarrollada; á veces, cuando se declaran los sudores, se hace el pulso ondulante. Para apreciar el valor de las diversas medicaciones que se han propuesto contra el reumatismo, no deja de ser importante indagar si la fiebre es proporcionada á los accidentes locales. Las observaciones de Legroux le han decidido á contestar que no, y que «en reumatismos generales, con dolores crueles y tumefacciones articulares, el pulso, ancho y lleno, no se eleva en ocasiones á mas de 100 á 120 pulsaciones por minuto» (*Considerations générales sur la medication quinique*; *Journal général de médécine.*, p. 109; 1845). Uno de nosotros ha hecho numerosas observaciones sobre este punto al estudiar los efectos del sulfato de quinina (Monneret, *Mémoire sur le traitement du rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine*, etc.; *Journ. de méd.*, p. 17, enero, 1844); habiéndose convencido de que la fiebre ofrecia grandes variaciones en el reumatismo, no menos que en la neumonia, la pleuresia, y en tantas otras inflamaciones, que escitan la circulacion en grados variables segun los sugetos y otras circunstancias que no siempre es fácil apreciar. Cree que la intension del dolor es un fenómeno demasiado variable para que pueda medir el movimiento febril. Tal sugeto cuya sensibilidad es obtusa apenas se queja de un dolor que hace prorumpir en gritos á otro enfermo. Ademas, para apreciar rigurosamente la intension de la fiebre, es preciso calcular siempre no solo el grado de frecuencia del pulso, sino tambien su fuerza, su dureza y el grado de temperatura de la piel; asi como por otra parte no solo se ha de tener en cuenta la sensibilidad, sino tambien la rubicundez y la tumefaccion articulares. Reuniendo estos diversos elementos se obtiene el resultado de que por lo comun *en el reumatismo articular generalizado* es la fiebre proporcionada al número de articulaciones afectas, y á la intension de los síntomas locales (no decimos solamente del dolor). Por lo demas, escusado es decir que solo hablamos del reumatismo generalizado y simple; porque en efecto, hay muchas causas que pueden determinar una fiebre cuya violencia no baste á esplicar el artro-reumatismo. Ora sostienen la fiebre una endocarditis ó una pericarditis aguda ó crónica; ora se disipa la calentura, pero conservan cierta intension los síntomas locales, porque la enfermedad toma una forma crónica y empiezan á afectarse las diversas partes constituyentes de la articulacion (reumatismo monoarticular). El que en tales casos quisiera establecer alguna relacion entre la fiebre y los signos locales, se espondria á cometer graves errores; mas por el contrario, sabiendo reconocer estas diversas condiciones patológicas, la fiebre reumática sirve muy bien para medir los accidentes locales, puesto que es su resultado, digámoslo asi, necesario.

»La temperatura de la piel es siempre muy elevada, habiéndola encontrado nosotros frecuentemente á 39.° y 40.° centígrados. Generalmente cubre todo el cuerpo un abundante sudor, que se deposita en forma de gotas en el hoyo supra-esternal, encima y debajo de las clavículas y en el epigastrio. La piel suele estar blanca, reblandecida y como macerada en las palmas de las manos y en las plantas de los pies. La cara está rubicunda ó pálida segun el tratamiento, pero casi siempre inundada de sudor. La piel presenta en la convalecencia un color pálido, ajado, blanquecino, que recuerda el de la cloro-anemia; cuando se levantan las cubiertas de la cama, se ve desprenderse de la ropa interior del enfermo, y de las diversas partes de su cuerpo, un vapor bastante denso, que tiene un olor desagradable y nauseabundo, algunas veces ácido. Hácese sobre todo mas abundante la traspiracion durante el sueño, y cuando despierta el sugeto se encuentra en cierto modo en un baño de vapor que agrava aun mas su desazon y la estraordinaria fatiga que le causa la inmovilidad absoluta á que se ve reducido. Las sábanas y su ropa interior se hallan empapadas en sudor, y frecuentemente es necesario mudarle muchas veces en las veinticuatro horas.

»La piel presenta á menudo erupciones miliares, á veces bastante confluentes. Uno de nosotros las ha observado en un número bastante considerable de sugetos, siendo los puntos en que mas generalmente las ha visto, la nuca, las partes laterales del cuello, las regiones supra-claviculares y las partes laterales y sub-posteriores del tronco. Estas miliares *rojas* son en ocasiones bastante confluentes y mezcladas con sudámina. Bouillaud ha observado tambien manchas rojas análogas á las de la roseola (p. 244), que nosotros hemos hallado asimismo con frecuencia. Los sudámina solos, se manifiestan bastante á menudo, y poco mas ó menos en los mismos parages y en iguales condiciones patológicas. El sudor es, segun Bouillaud, ora ácido y ora neutro (página 245): nosotros siempre le hemos visto ácido.

»El sueño es nulo en la mayor parte de los reumáticos; ó bien es corto, interrumpido á cada instante por los dolores articulares. A veces consigue el enfermo dormirse; pero muy luego se dispierta con crueles padecimientos

causados por los movimientos involuntarios que se efectúan durante el sueño.

»La cabeza está dolorida: algunas personas sienten en ella una pesadez ó latidos incómodos. Los ojos y toda la cara se hallan tumefactos; la piel del rostro está lustrosa ó de un blanco mate. La respiracion es regular, pero acelerada; la lengua está blanquecina, húmeda, sin rubicundez; la boca pastosa, insípida, rara vez amarga; el apetito es nulo; la sed muy viva; en ocasiones hay una angina simple ó reumática que dificulta la deglucion; el vientre se halla en todos sus puntos flexible é indolente; el estreñimiento es un síntoma casi constante, pasando frecuentemente los enfermos ocho á diez dias sin hacer ninguna deposicion. La orina es de un color amarillo oscuro ó rojo de anacardo, poco abundante, ácida, de una densidad notable, que por término medio ha valuado Becquerel en 1022, y deja un sedimento salino (*Semeiotique des urines*, p. 377, en 8.º; París, 1841). Al enfriarse se enturbia muy pronto, y entonces se hace jumentosa; en ocasiones se escreta con dificultad y dolor. Las diversas alteraciones que presenta la orina dependen de las pérdidas que continuamente se efectúan por la superficie cutánea.

»Curso, duracion y terminacion del reumatismo agudo generalizado. —Debemos describir aparte los síntomas y el curso del reumatismo que afecta todas las articulaciones, ya simultáneamente, ya unas despues de otras, pero en un corto espacio de tiempo. Dividiremos los síntomas que entonces presenta en cuatro periodos (prodromos, aumento, estado y declinacion).

»*Fenómenos precursores.* — En la mayor parte de los casos aparecen los síntomas generales al mismo tiempo que los signos artríticos, y entonces no hay prodromos. Declárase un escalofrio ligero ó intenso, seguido muy luego de fiebre, de calor en la piel, de cefalalgia, de quebrantamiento, de desazon, de falta de apetito, y al mismo tiempo se ponen doloridas una ó muchas articulaciones, no tardando en presentarse tumefactas y rojas. Se ha sostenido que la calentura reumática precede muchos dias al desarrollo de los signos locales, y depende de un estado general cuya *determinacion morbosa local* no se ha manifestado todavia, absolutamente del mismo modo que en los exantemas se manifiesta la fiebre muchos dias antes de la aparicion de las erupciones cutáneas. «Puede suceder, dice con razon Bouillaud, que en un individuo que vaya á padecer un reumatismo articular, preceda el movimiento febril á la aparicion formal de los fenómenos artríticos: pero guardémonos de inferir de aqui, que la fiebre llamada reumática es la causa de las inflamaciones articulares en vez de ser su efecto, y que acontece con esta calentura lo mismo que con la que precede á las viruelas» (ob. cit., p. 285). Inútil seria detenernos mucho en esta cuestion, que en el dia todos tienen por resuelta. Los síntomas precursores y la calentura, asi en el reumatismo como en la neumonia, la pleuresia y tantas otras afecciones agudas, se refieren á la accion morbosa que se efectúa en las articulaciones. Puede existir una época en que los signos de esta accion morbosa no sean todavia apreciables para el observador, como sucede en otras muchas enfermedades agudas perfectamente localizadas; pero este caso es mucho mas raro de lo que se ha dicho, y lo comun es que los síntomas locales y los generales se desarrollen simultáneamente. Hemos recogido un número de hechos bastante considerable, en que se marcó la invasion del artro-reumatismo por un dolor muy pronunciado, acaecido durante el dia ó á media noche. Creemos, pues, poder admitir con bastante fundamento, que la invasion de la enfermedad se verifica de tres distintos modos: 1.º empiezan al propio tiempo los síntomas locales y los generales; 2.º los síntomas locales preceden á los demas; 3.º la fiebre y los demas fenómenos generales se hallan perfectamente establecidos, antes de que aparezcan los síntomas locales; cuyo último caso ocurre rara vez.

»*Período de aumento.* —Cuando se ponen doloridas y tumefactas una ó muchas articulaciones, queda definitivamente constituido el reumatismo articular. Desde entonces va siempre en aumento la intension de los síntomas locales y generales. La flegmasia articular, que ocupa al principio una ó dos coyunturas, como por ejemplo, las muñecas y los dedos, invade al siguiente dia otra articulacion, como la de la rodilla, la del pie, la del hombro, la del codo, ó las de los dedos de los pies, y luego se presenta en otras articulaciones, abandonando las primeras, para volver de nuevo á ocuparlas los dias inmediatos. Es imposible decir de antemano cuáles serán las coyunturas afectadas. Ora se fija la inflamacion en una ó muchas articulaciones de un miembro superior; ora en un miembro inferior; ya se halla afectado un solo lado del cuerpo, ya los dos á la vez, que es el caso mas comun. En una palabra, nada mas variable que el órden en que el reumatismo recorre las articulaciones. El período de aumento debe comprender todo el espacio de tiempo durante el cual invade el reumatismo nuevas articulaciones, siendo tambien preciso tener en cuenta la creciente intension del movimiento febril y el aumento de la temperatura de la piel. Las cantidades de fibrina pueden asimismo servir para medir rigurosamente la duracion del período de aumento: si en las sangrías que se practican sigue elevándose la cifra de la fibrina, no hay duda que el reumatismo continúa en su curso ascendente, aun cuando no invada ya nuevas articulaciones ni varie de asiento. De este modo se logra seguir con exactitud la marcha del reumatismo, y determinar rigorosamente sus diversos períodos.

»En el *período de estado* no se crea que presentan los síntomas ese curso regular y uniforme que afectan en otras enfermedades agudas; sin embargo, en el período que estudiamos, es en el que tienen los síntomas una marcha menos inconstante y menos caprichosa. Efectivamente, no se interesan ya nuevas coyunturas; puede ponerse mas dolorida una articulacion afectada ya; pueden manifestarse de nuevo síntomas locales que hubiesen desaparecido, porque tales variaciones son peculiares de la flegmasia reumática en todos sus períodos; pero al través de estas irregularidades en la manifestacion de los síntomas, se ve fácilmente que la afeccion no progresa ya, y que en cierto modo estan equilibrados los fenómedos morbosos. La fiebre es principalmente la que sirve para medir la duracion del período que estudiamos. El pulso y la temperatura permanecen en un mismo grado; y este estado permanente del calor febril y del número de las pulsaciones arteriales, es en nuestro concepto una prueba convincente de que no hace el reumatismo nuevos progresos. Hemos hecho esta observacion suficiente número de veces para aconsejar á los prácticos que la tengan en cuenta á la cabecera de los enfermos.

»Los síntomas artríticos ofrecen variaciones bastante notables, aunque generalmente son proporcionados al movimiento febril. Pueden presentarse dos casos: 1.° los síntomas articulares persisten en igual grado, y sin embargo es moderada la calentura ó disminuye notablemente: en este caso se puede esperar que se resuelva pronto la enfermedad; 2.° disminuyen ó cesan los dolores articulares, y en ambos casos no guardan proporcion con la calentura, que persiste con la misma violencia que durante el período de aumento, y aun á veces adquiere nueva intension. En una época no muy distante se decia para esplicar esta anomalía en el curso de los síntomas, que la calentura reumática era la que daba lugar á las determinaciones morbosas locales, ó en otros términos, á los síntomas articulares. Bouillaud ha demostrado con un considerable número de hechos, cuyo valor nadie pone en duda en la actualidad, que la causa de la *calentura reumática sin reumatismo* se halla en el desarrollo simultáneo, en la coincidencia de la endocarditis ó de una pericarditis. Es tal la frecuencia de esta complicacion, que tal vez hubiera sido mas natural, mas conforme á la observacion, trazar su historia al hablar de las diferentes fases del reumatismo, puesto que se desarrolla en todas las épocas de la enfermedad; pero preferimos consagrar un capítulo á parte á la descripcion de esta coincidencia, que modifica á la vez los síntomas, el curso y la duracion del reumatismo (véase Complicaciones).

»Los dolores y demas fenómenos locales, ofrecen exacerbaciones muy marcadas por las tardes y las noches. No debe confundirse este paroxismo cotidiano con la exasperacion del reumatismo; cuya última denominacion solo es aplicable á aquellos casos en que hallándose ya el mal en camino de resolverse, vuelven á agravarse los dolores y demas síntomas locales y generales de la enfermedad. Hay recaida cuando habiendo cesado enteramente desde unos pocos dias antes los signos locales y generales, torna á presentarse el reumatismo.

»Caracterizan el período de declinacion la disminucion de la calentura y el descenso del calor cutáneo, con mas seguridad todavia que la suspension de los accidentes locales. Cuando se ve que la fiebre disminuye diariamente aunque con lentitud, y que esta mejoría se sostiene con cortas variaciones, puede haber seguridad de que el enfermo entre en convalecencia. Segun las numerosas observaciones que sobre este asunto ha recogido uno de nosotros, se cree con fundamento para establecer, que el período de declinacion data del momento en que empieza á disminuir la frecuencia del pulso, y á descender la temperatura cutánea, ó bien cuando esta vuelve á su tipo normal. Sin embargo, puede suceder que al estado agudo suceda el crónico; en cuyo caso persisten los síntomas locales, pero en un grado menor, y al mismo tiempo tambien disminuye ó cesa el movimiento febril, á menos que exista alguna complicacion. Marca, pues, el paso á la forma crónica la desaparicion de los síntomas generales.

»Duracion.—No estan acordes los autores sobre la duracion del reumatismo agudo generalizado; lo cual depende por una parte de la diversidad de los tratamientos puestos en práctica, y por otra de que se han reunido casos desemejantes, y se ha supuesto que empezaba y concluia la enfermedad en épocas diferentes. Chomel y Requin dicen que la duracion media y comun de la calentura reumática es de unos veinte dias ó tres septenarios (*Leçons de clinique médicale*, página 243, en 8.°; París, 1837). Roche establece que esta duracion media es de cuarenta dias (artrite, *Dict. de méd. et de chir. prat.*). Fundándose Bouillaud en mas de cien observaciones, ha obtenido el notable resultado de que bajo la influencia de las emisiones sanguíneas repetidas, el reumatismo agudo generalizado no pasa en general de uno á dos septenarios (*Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire*, p. 71, y ob. cit., p. 296). «Por confesion de todos los autores que en diferentes épocas han tratado de la cuestion que nos ocupa, la duracion del reumatismo articular agudo regularmente intenso, es por punto general muy larga, pudiendo evaluarse aproximadamente por término medio en cuarenta á cincuenta dias.» (Bouillaud, ob. cit., p. 288). El doctor Macleod dice, que de 79 enfermos de reumatismo, la duracion de la afeccion aguda fué de diez dias en 11 enfermos, de doce en 4, de dos semanas en 7, de tres semanas en 22, de cuatro semanas en 14, de cinco semanas en 3, de seis semanas en 9, de ocho semanas

en 6, de diez semanas en 1, y de diez y seis semanas en 2 (*Tableau relatif à l'histoire du rhum.*, estract. en *Gaz. méd.*, p. 76; 1838). Casi todos los autores que han preconizado la eficacia de ciertas medicaciones en el tratamiento del reumatismo, afirman que ha durado uno ó dos septenarios, ni mas ni menos (véase Tratamiento).

»Para poder calcular con algun rigor el tiempo que tarda el artro-reumatismo en recorrer los períodos desde su invasion á su terminacion, es preciso ante todo ponerse de acuerdo sobre la época á que se quiere que empiece. El escalofrio y la fiebre, ó bien el dolor y la tumefaccion, y á menudo estos dos órdenes de síntomas, deben considerarse como muestras de la verdadera invasion: la convalecencia, ó por mejor decir la conclusion del reumatismo, se halla caracterizada por la cesacion de los dolores y de la calentura. Con solo que quede una coyuntura afecta, ya no puede considerarse como enteramente curado el reumatismo; y mucho menos cuando el mal se ha convertido en una artritis mono-articular ó poli-articular crónica. Tampoco puede considerarse como curado un sugeto en quien persiste la calentura. Si esta depende de una endocarditis ó de una afeccion orgánica reciente del corazon, debe advertirse que se ha curado el reumatismo, pero no la complicacion: importa mucho entenderse sobre este punto, y poner á parte los casos de este género. La afeccion del corazon es una enfermedad que ha podido resistir al tratamiento empleado, pero que no debe obstar para que se mida la duracion del reumatismo segun las reglas que dejamos establecidas. Si hay una recaida separada del precedente ataque por siete á ocho dias, durante los cuales han desaparecido completamente todos los síntomas locales y generales, puede admitirse que estaba curado el reumatismo? No todos los autores que han escrito sobre la duracion de la flegmasia reumática, han tenido tan en cuenta como hubieran debido, las diversas condiciones patológicas que acabamos de indicar, y que sin embargo influyen mucho en la exactitud del cálculo de dicha duracion. Añádase por último, que deben existir notables diferencias entre los diversos casos de reumatismo articular generalizado: en unos se afectan sucesiva ó simultáneamente todas las coyunturas, en otros tan solo cuatro ó seis.

»Uno de nosotros ha averiguado la duracion del reumatismo en 17 casos en que habia usado la medicacion quínica sola, resultando que esta duracion fue por término medio de 17 dias. Este resultado, satisfactorio en verdad, solo es aproximado, ya á causa de la diversidad de los casos, ya por la época avanzada á que habian llegado ya muchos de los enfermos (Monneret, mem. cit., *Journal de médécine*, p. 19, 1844). Los estados hechos por Briquet adolecen del mismo defecto: no son comparables los casos. Cree, «que añadiendo seis dias como término medio de la duracion de la enfermedad antes del tratamiento, la mayoria de sus enfermos se curó, ó se *mejoró notablemente*, del noveno al duodecimo dia de la enfermedad» (*Nouvelles recherches sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine à haute dose*; *Journ. de méd.*, p. 43, 1843). Este resultado seria de los mas favorables que jamás se hubieran obtenido. No acostumbramos poner en duda la exactitud de los hechos enunciados por otros, y creemos que Briquet habrá sido tan afortunado como dice; pero sí advertiremos, que no ha satisfecho las condiciones que antes hemos establecido, y cuya observancia nos parece indispensable para medir exactamente la duracion del reumatismo y formar una buena estadística.

»Legroux, que ha administrado igualmente el sulfato de quinina, pero á dosis moderadas, ha visto efectuarse la curacion el tercer dia en 3 enfermos, el cuarto en 6, el sesto en 4, el octavo y el noveno en 4, el duodécimo y el décimoquinto en 2: término medio seis dias cada uno. Sin embargo, como despues de la curacion se continuó el tratamiento uno ó dos dias, Legroux dice que la duracion total de la enfermedad y del tratamiento fue de 17 dias y medio, y que estaba asegurada la curacion desde el sesto dia (mem. cit., *Journ. de méd.*, p. 110).

»De 23 enfermos cuyas observaciones recogió Grandhomme, discípulo de Briquet, 1 salió á los ocho dias, 4 á los diez, 3 á los doce, 7 á los catorce, 4 á los quince, y 4 á los veintiuno (*Considerations sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu*, *par le sulfate de quinine à haute dose*, pág. 36; tésis n.° 91, en 4.°; París, 1843). Mas adelante vemos que los enfermos de los meses de noviembre y diciembre, permanecieron mas tiempo en el hospital: 3 salieron del sétimo al décimo dia; 11, del undécimo al vigésimo; 2, el vigésimo sesto, y 5 entre el trigésimo sesto y el sexagésimo (tés. cit., p. 36).

»No continuaremos este analisis de los diferentes trabajos en que se ha evaluado de un modo mas ó menos riguroso la duracion del reumatismo. Solo recordaremos, que para apreciar con exactitud el tiempo que tarda el reumatismo en curarse sólidamente, se necesita 1.° no contar mas que con los casos de reumatismo articular generalizado y febril; 2.° agrupar separadamente los en que es simple el artro-reumatismo; 3.° aquellos en que estan afectados el endocardio y el pericardio, ó en que existe otra complicacion; 4.° determinar con claridad la época en que ha invadido el mal, y en que ha principiado el tratamiento; 5.° por último, especificar los signos locales y generales cuya desaparicion haya indicado la terminacion del reumatismo.

»El artro-reumatismo generalizado puede terminar por la resolucion completa de las flegmasias articulares, en cuyo caso se esta-

blece francamente la convalecencia. Los dolores de las articulaciones persisten todavia en corto grado despues de haber desaparecido la tumefaccion y la rubicundez; la misma calentura decae enteramente, y solo les queda á los enfermos debilidad y una decoloracion cutánea, que dependen por lo comun de las copiosas emisiones sanguíneas que se han practicado: entonces es cuando se observan ruidos cloro-anémicos en las arterias mayores. El rostro está pálido y de un color algo amarillento, que es peculiar de la terminacion del reumatismo, y que distingue muy bien á los convalecientes de esta afeccion.

»Pueden producir la curacion algunas de esas secreciones saludables que los antiguos consideraban como críticas? Chomel, que ha estudiado con esmero esta cuestion, solo refiere hechos tomados de obras antiguas (*Essai sur le rhumatisme*, diss. inaug.; París, 1813, y *Leçons de clinique medicale*, etc., p. 491). Estos hechos no pueden en manera alguna servir para probar que el reumatismo termine por fenómenos críticos; no hemos encontrado ejemplo alguno de esta terminacion en las obras modernas. Sin embargo, estamos lejos de negar su existencia; si bien nos parece prudente esperar á que se reunan nuevos hechos.

»A. Se ha hablado mucho de la terminacion del reumatismo por *retroceso* ó *delitescencia con metastasis hácia una víscera*. Stoll la ha indicado muy por menor en muchos pasages de su *Medicina práctica*, y especialmente en el que sigue: «El humor reumático abandonaba los miembros de pronto y cuando menos se esperaba, dirigiéndose al pecho y ocasionando disnea y ortopnea, con una tos violenta, opresion y esputos á veces sanguinolentos» (trad. de Mahon, t. III, p. 103). Considera los accidentes que sobrevienen bajo la influencia de esta metastasis, como provocados por el cambio de lugar del reumatismo. Esta metastasis admitida por Storck, Tissot, Hoffmann y Chomel, solo se ha conocido en su naturaleza despues de los escritos de Bouillaud, quien ha demostrado que el retroceso del reumatismo no es mas que una flegmasia de las membranas serosas del corazon ó de las demas vísceras, que se desarrolla al propio tiempo que la inflamacion articular ó poco despues. Tal es el verdadero sentido que debe darse á la palabra metastasis. Esta por consiguiente, no puede considerarse en la actualidad como una terminacion del reumatismo, sino como una complicacion, una especie de acompañamiento, de estension, de coincidencia, siempre grave.

»No es exacto decir que el reumatismo termine por una pericarditis, una lesion del corazon, una pleuresia ó cualquier otra afeccion, porque se declaren los síntomas de una de estas enfermedades en el curso ó el fin de la que ahora nos ocupa. Hay entonces una complicacion que puede ocasionar la muerte á los pacientes, y que aunque íntimamente unida á la flegmasia reumática, se distingue de ella perfectamente (véase COMPLICACIONES).

»B. Despues de haber existido en estado agudo el reumatismo generalizado, puede dar lugar á la flegmasia crónica de una ó muchas articulaciones. Reemplazan entonces á los síntomas del reumatismo febril todos los de una artritis crónica. La fiebre desaparece, pero persisten en una coyuntura los dolores y la tumefaccion, y á poco que continúe este estado local, sobreviene un conjunto de síntomas locales y generales que luego describiremos (véase *Reumatismo articular crónico*).

»C. Débese contar entre las terminaciones del reumatismo la supuracion articular, que sin embargo es bastante rara. Efectivamente, uno de los caractéres de la artritis reumática es desalojarse fácilmente, ó al menos recorrer sus períodos en la membrana sinovial de las articulaciones, sin escitar secrecion purulenta. En algunos casos puede la flegmasía reumática, mas bien en razon del estado general del sugeto, que en virtud de las condiciones morbosas locales á que da lugar, determinar la formacion de pus; pero estos casos, como hemos dicho, son muy raros. La mayor parte de las observaciones de reumatismos supurados citadas por los autores, pertenecen á la categoria de los casos en que ha pasado el pus á la sangre por una causa local ó general (flebitis, puohemia), depositándose luego en las articulaciones, y acabando por inflamarlas. Malapert ha publicado una observacion de supuracion articular que procedió evidentemente de la flegmasia reumática (*Lettre sur la term. du rhum. art. par suppur.*; *Gaz. méd.*, p. 172, 1839). Macleod trae igualmente otra que nos parece deber referirse á la flegmasia reumática, aunque dice el autor que en este caso fue la artritis y no el reumatismo la que provocó la supuracion (*Gaz. méd.*; estracto de per. ingl., p. 326, 1837). A nuestro modo de ver es demasiado sutil esta distincion. Cuando el reumatismo pasa al estado crónico, se hace mas frecuente la supuracion articular.

»Nunca termina por la muerte el reumatismo articular agudo generalizado simple. En todos los casos en que se ha observado esta funesta terminacion, ha dependido de una complicacion, que residia en el corazon, los vasos, los pulmones ú otras vísceras. Uno de nosotros ha visto sucumbir al fin de un reumatismo agudo, á un sugeto que habia caido en un estado cloro-anémico muy grave; estado que aceleró al parecer el curso de una endocarditis, que fue en último analisis la causa de la muerte.

»RECIDIVAS.—El reumatismo tiene mas disposicion á las recidivas que cualquier otra enfermedad, pudiéndose predecir casi con seguridad, que el primer ataque de este mal irá seguido de otros muchos. Casi nunca se ve que un sugeto le padezca una sola vez en el curso

de su vida. Varia mucho el intervalo que separa los ataques, pues ora sobrevienen muchos en un año, ora uno solo cada cinco ó diez años, y aun en épocas mas distantes todavia. Háse dicho que era tanto mas de temer la recidiva, cuanto mayor número de ataques se habian verificado, y menor era el intervalo que los separaba; pero no se puede establecer nada fijo respecto de este punto. Como los autores que han escrito acerca de él han confundido la gota y el reumatismo, no es posible deducir consecuencias exactas sobre las recidivas de esta ultima afeccion, ni determinar si los ataques sucesivos disminuyen de intension. Uno de nosotros ha notado, que son las recidivas mas frecuentes y mas próximas cuando se hace uso de la medicacion química, como si la rápida desaparicion de los fenómenos artríticos favoreciese tambien su reproduccion. Por lo demas no se crea que la medicacion antiflogística liberta á los enfermos de tal contratiempo, porque Bouillaud dice haber observado gran número de casos de este género (ob. cit., p. 287). La accion del frio parece ser la causa mas constante de estas recidivas. Entre treinta y cuatro casos ha visto Chomel, que las dos terceras partes se han verificado en otoño y en invierno, un corto número en verano, y mucho menos todavia en primavera (tés. cit., p. 497).

»*Curso y duracion del reumatismo poli-articular no generalizado.*—Daremos este nombre al que solo afecta un corto número de articulaciones grandes ó pequeñas, y las mas veces va interesándolas unas despues de otras. Dificil es establecer una línea rigurosa de demarcacion entre los grados mas intensos de este reumatismo, y los que pertenecen á la forma menos grave del artro-reumatismo agudo generalizado. Sin embargo, se puede decir que por punto general son tanto mas tenaces los fenómenos artríticos, cuanto menos marcadas su movilidad y su peregrinacion, y cuanto mas tendencia tienen á permanecer en las articulaciones primitivamente invadidas; pero lo que mas distingue el reumatismo poli-articular, es que son menos intensos la fiebre y los síntomas generales, y menos comunes las inflamaciones coincidentes de las serosas. En una palabra, siendo menor la *diseminacion* de las flegmasias, y mas pequeño el grupo de las articulaciones afectas, los síntomas, el curso y la terminacion de este reumatismo ofrecen notables diferencias. Dance habia observado, que el reumatismo agudo es tanto mas doloroso, tenaz é inamovible, cuanto menor número de articulaciones ocupa. «No parece sino que en esta enfermedad son solidarias las articulaciones entre sí, y si una de ellas (cuando está bien establecido el reumatismo), consigue librarse, viene otra á padecer en igual grado; si los dolores primitivamente fijos en muchas articulaciones, llegan á confluir en una sola, reune esta la suma de los padecimientos de las primeras, y si por el contrario, una inflamacion mono-articular se disemina en muchos puntos, parece repartirse entre ellos (*Mémoire sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu*; *Arch. gén. de méd.*, t. XIX, p. 509).

»El artro-reumatismo no generalizado termina comunmente por resolucion, y pasa mas fácilmente que el otro al estado crónico. Su duracion es mas larga, y su convalecencia á menudo mas penosa en razon de las frecuentes recaidas.

»*Curso y duracion del reumatismo mono-articular ó artro-reumatismo parcial.*—Se da este nombre al que solo afecta una ó por lo menos un cortísimo número de articulaciones de los miembros y del resto del cuerpo (Bouillaud, loc. cit., p. 264). Es preciso distinguir de esta forma de reumatismo la enfermedad que describiremos con el nombre de *gota*, y que muchos autores modernos han confundido indebidamente con ella (véase GOTA). La única afeccion que á nuestro modo de ver merece el nombre de *reumatismo parcial*, es la tumefaccion dolorosa y acompañada de rubicundez de una ó muchas coyunturas, en un sugeto que haya padecido reumatismo poli-articular ó muscular: ademas, es preciso que las articulaciones enfermas no presenten las deformidades y concreciones propias de la gota. La fiebre suele ser nula; pero sin embargo, puede existir cuando la articulacion afecta es considerable, como por ejemplo, la rodilla ó el hombro, y cuando son muy marcados el dolor, la tumefaccion y la rubicundez. Por punto general son poco intensos los síntomas de reaccion, y casi nunca se observan las inflamaciones coincidentes de la hoja serosa del corazon. El reumatismo parcial tiene tendencia á degenerar en flegmasia crónica y en tumor blanco. Su asiento mas ordinario es la rodilla (Bouillaud, ob. cit., p. 511). Este reumatismo dura mas que el poli-articular, cediendo mas dificilmente á los diversos tratamientos con que se le combate.

»COMPLICACIONES.—*Endo-pericarditis.*—La endocarditis y la pericarditis son los afectos internos que mas constantemente acompañan al reumatismo. Bouillaud ha demostrado esta proposicion con hechos clínicos irrecusables. De 114 casos de reumatismo articular agudo, 74 tenian grande ó mediana intension, y de este número en 64 existia la coincidencia de una endocarditis ó de una endo-pericarditis; coincidencia que solo se observó una vez en 40 casos leves. De estos hechos ha concluido Bouillaud: «1.° que en el reumatismo general agudo, violento, generalizado, la coincidencia de una endocarditis, de una pericarditis ó de una endo-pericardititis es la regla, y la no coincidencia la escepcion» (ob. cit., pág. 144). Entre 85 casos de reumatismo, solo ha encontrado Macleod 18 veces afectado el corazon (mem. cit., p. 76), ó sea en algo mas de 1/5. Otros autores dicen que no se manifiesta la coinci-

dencia mas que en 1/7 de los casos. Para decidir esta cuestion, seria preciso ante todo entenderse sobre el sentido que debe darse á la palabra *endocarditis*. ¿Basta una simple modificacion en el timbre de los ruidos del centro circulatorio, para que se admita la existencia de esta complicacion? ó es preciso que haya un ruido de soplo intenso?

»Esta doble flegmasia se anuncia por síntomas que hemos descrito en otro lugar, y que seria importuno reproducir aquí (véase Endocarditis y Pericarditis). Solo nos resta indicar en qué época del reumatismo puede manifestarse. «1.° La endocarditis y la pericarditis pueden coincidir primitivamente y desde el principio con el reumatismo articular, y marchar juntas con él durante un tiempo variable: en la mayoria de los casos el reumatismo articular se disipa antes que el del corazon, y asi se esplica la persistencia ó la reaparicion de la *calentura reumática sin reumatismo*» (Bouillaud, ob. cit., p. 282).

«2.° La endocarditis y la pericarditis son posteriores á la afeccion articular, y se presentan durante su curso, pero sin que esta desaparezca, y aun á veces aumentándose su intension. Hace el corazon, por decirlo asi, el mismo papel que las articulaciones que son invadidas á una época mas ó menos lejana del principio de la enfermedad.»

«3.° La endocarditis y la pericarditis se manifiestan despues de haber empezado el reumatismo articular agudo, y á medida que se desarrollan pierde este mucho de su intension, pero sin que haya motivo para suponer que se ha verificado entonces una verdadera metastasis: mas bien parece que en tales circunstancias la endocarditis ó la pericarditis obran, digámoslo asi, á la manera de un vejigatorio.»

«4.° Nunca he visto, dice Bouillaud, declararse de pronto la endocarditis y la pericarditis á consecuencia de la desaparicion repentina del reumatismo articular agudo bien caracterizado; ni tampoco he visto desaparecer completamente una pericarditis ó una endocarditis reumáticas bien desarrolladas, por haberse reproducido una afeccion articular *retropulsa*. Ultimamente, nunca se observa que se declare un reumatismo por haber desaparecido una pericarditis ó una endocarditis; lo cual constituiria una especie de metastasis inversa ó de dentro afuera; metastasis que deberia verificarse si fuesen reales y efectivos los retrocesos reumáticos» (Bouillaud, ob. cit., página 328).

»La pleuresia es tambien una complicacion, pero no tan comun como la pericarditis y la endocarditis. La neumonia se presenta asimismo en buen número de casos.

»El reumatismo se complica á menudo con dolores reumáticos en las masas musculares de los miembros y del tronco, y á veces de la faringe ó las vísceras interiores. Stoll habla de la disenteria, que llama reumatismo de los intestinos; complicacion que apenas se ha observado despues del médico de Viena.

»La flegmasia de las meninges encefálicas y raquidianas daria lugar á síntomas enteramente especiales, cuya verdadera naturaleza no seria dificil reconocer. Esta complicacion es rara. Chomel la ha observado (*Clin. méd.*; artículo de la *Gaz. méd.*, p. 347, 1841). Bouillaud ha visto tambien algunos casos de enfermedades de las membranas de la médula y de este cordon nervioso, cuyo desarrollo habia coexistido con un reumatismo articular (loc. cit., p. 249). El mismo autor ha encontrado algunos casos de flebitis en sugetos afectados de reumatismo (p. 238); en quienes se presentan entonces los síntomas de una *flegmasia alba dolens*.

»Puede el reumatismo complicarse con neuralgias, y especialmente con la que afecta el nervio ciático. Uno de nosotros tiene á la vista en la actualidad un ejemplo de esta complicacion, que no deja de ser rara. Efectivamente, las neuralgias se manifiestan á menudo en los que padecen dolores musculares, pero no en el artro-reumatismo. Castelnau refiere muchas observaciones de reumatismo complicado con afecciones del corazon, en una de las cuales estaba perforado el tabique ventricular. En otro enfermo se habia formado una hemorragia cerebral (*Observ. et reflex. sur la goutte et le rhum.*, en *Arch. gén. de méd.*, pág. 285, t. III, 1843).

»El reumatismo articular agudo se complica á veces con un estado pronunciado de cloroanemia, como sucede en los casos en que un enfermo curado de un primer ataque de reumatismo, vuelve á padecerle antes que se hayan disipado enteramente los fenómenos anémicos y que se haya completado la convalecencia. Entonces propende el reumatismo á localizarse, ó bien se eterniza pasando de una á otra articulacion; los síntomas artríticos son muy penosos para los enfermos, y se exasperan por las tardes y las noches; el pulso es á veces undulante, redoblado; casi siempre ofrece la arteria una dureza, que contrasta con la corta cantidad de sangre contenida en el vaso, existiendo un ruido de soplo en los troncos arteriales. La piel está pálida, descolorida; abundantes sudores inundan todo el rostro del paciente y agravan su estado de debilidad y de desazon. Esta complicacion aumenta singularmente la duracion del reumatismo agudo, sin que impida las inflamaciones ni la coincidencia de la endocarditis ó de la pericarditis; da muchas creces á la sensibilidad general, y hace dificil y sobre todo poco eficaz toda especie de medicacion. Los graves accidentes producidos por el estado cloro-anémico que sigue al uso de las sangrias á altas dosis, se han considerado por algunos médicos como una complicacion suficiente tal vez para que debiera abandonarse este modo de tratamiento.

»Nos limitaremos á mencionar entre las

complicaciones accidentales bastante raras, la nefritis llamada reumática, que nada tiene de especial, por mas que se haya dicho, y el edema de los miembros, que nunca es un efecto del reumatismo como se habia creido antiguamente, sino que se refiere á una enfermedad de las venas, de los riñones, ó á una afeccion actual ó antigua del corazon. Pidoux (*Journ. des connaissances médico-chir*, tercer año) y Grisolle han observado la coincidencia de la calentura reumática con la declinacion de algunas escarlatinas (Grisolle, *du Rhumatisme articul. aigu*; *Journ. hebd. de méd.*, p. 395, t. I; 1836). El doctor Murray la habia observado bajo la forma epidémica (*Edimb. med. journ.*, tomo XXXIII).

»Diagnostico.—Solo al principio y cuando se halla limitado el mal á una articulacion, puede confundirse el artro-reumatismo con una torcedura ó con una artritis traumática: la intension del movimiento febril y de los demas síntomas de reaccion, el desarrollo de la enfermedad bajo la influencia del frio ó sin causa conocida darian muy luego á conocer el reumatismo articular.

»Es preciso no dejarse alucinar por esas artritis purulentas que se observan á menudo en la flebitis simple ó puerperal, en la calentura de este nombre, en el muermo agudo, en ciertas viruelas malignas y en todos los casos en que se forma ó penetra pus en la sangre. En ocasiones solo acompaña á los dolores articulares una herida leve en la apariencia, un absceso, la introduccion de una sonda, una herida de cabeza, etc. Dificil es no sospechar la verdadera naturaleza de los dolores, elevándose á la causa que los produce, é indagando si existen ó no las enfermedades que acabamos de indicar. De todos modos no tardarian en aclarar el diagnóstico la aparicion de síntomas tifoideos, de subdelirio, de estraordinaria sequedad de la piel y de la lengua, y de diarrea. Puede una mujer recien parida presentar síntomas de reumatismo articular, en cuyo caso se verá perplejo el práctico en razon de las condiciones particulares en que se encuentra la paciente. Pero tambien entonces llegará á distinguir del reumatismo la supuracion metastática de la rodilla, deslindando los síntomas locales y generales, y por otra parte le será fácil acabar de establecer el diagnóstico elevándose á la causa del mal.

»La endocarditis valvular, que tan frecuentemente acompaña al artro-reumatismo, da lugar á ruidos anormales que no pueden confundirse con los de la cloro-anemia. Con poca razon se ha pretendido que esta última afeccion podia simular la endocarditis; puesto que la causa, el asiento, y la naturaleza de dichos ruidos nada tiene de parecido en una y otra enfermedad (véase endocarditis).

»Pronostico.—El reumatismo es por punto general una enfermedad poco peligrosa, cuya curacion mas ó menos próxima pudiera asegurarse, si solo se tuviese en cuenta la inflamacion articular; pero como espone á los enfermos, ya inmediatamente ya en una época mas ó menos remota, á afecciones agudas y crónicas del corazon, debe el médico prudente guardar cierta reserva. Asi pues no sin razon considera Chomel en el pronóstico del reumatismo: 1.º lo que se refiere á este en sí mismo; 2.º lo que concierne á sus complicaciones habituales (loc. cit., p. 304).

»Estudiando el pronóstico bajo el primer punto de vista, resulta primero, que el reumatismo tiene una duracion demasiado variable para que se pueda decir al enfermo la época precisa en que se curará. En segundo lugar es preciso tomar en consideracion las divisiones del reumatismo que hemos indicado (reumatismo articular agudo generalizado, poli-articular y mono-articular). Si la calentura es intensa, los signos artríticos violentos, y considerable el número de las articulaciones afectas, es el pronóstico mas grave, porque es mayor la duracion del reumatismo, y porque se observan mas á menudo exacerbaciones en los síntomas, y son tambien mas frecuentes las complicaciones. El reumatismo mono-articular es grave por la circunstancia de que tiene tendencia á perpetuarse en la coyuntura que afecta y á pasar al estado crónico. Ultimamente es preciso no olvidar que el reumatismo es una de esas afecciones que se reproducen muchas veces durante la vida, y que en algunos enfermos se presenta con intervalos bastante cortos.

»Las consideraciones pronósticas que se deducen de las complicaciones del reumatismo son mucho mas importantes que las de que acabamos de hablar. Efectivamente, cuando se comprueban los síntomas de una pericarditis, de una pleuresia ó de una pleuro-neumonia agudas, debe temerse que estas flegmasias determinen prontamente la muerte de los sugetos. Es tambien funesto el pronóstico cuando se presentan los signos de una endocarditis. Cierto es que esta no amenaza de una manera inmediata la vida de los pacientes; pero ocasiona tan á menudo afecciones crónicas de las válvulas y de la sustancia carnosa del corazon, que se deben temer sus consecuencias aun en las personas de mejor constitucion. Bouillaud se ha convencido por medio de minuciosos interrogatorios de que entre trescientos sugetos afectados de lesiones crónicas y orgánicas del corazon, mas de la mitad hacian datar su mal desde una época mas ó menos remota, en que habian esperimentado ataques de reumatismo articular (loc. cit., p. 306). Esta terminacion lejana, y en cierto modo indirecta del reumatismo, debe inducir al práctico á observar cuidadosamente las funciones del corazon, hasta que se halle completamente restablecida la salud del enfermo; y cuando no haya podido conseguir la entera resolucion de la endocarditis que ha empezado á su vista, y cuyo aumento ha observado en el último ataque de reuma-

tismo, deberá reunir todas sus fuerzas para combatir enérgicamente el desarrollo de la afeccion crónica del corazon.

»ETIOLOGIA.—Los autores modernos que han comprendido en una descripcion comun el reumatismo y la gota, han hecho muy difícil, por no decir imposible, el estudio de las causas que favorecen el desarrollo de la primera de estas afecciones. En el artículo inmediato nos ocuparemos de las causas de la gota; por ahora solo indicaremos las que toman alguna parte en la produccion del reumatismo articular.

»*Herencia.*—Entre las causas predisponentes generalmente admitidas debe contarse la herencia. Chomel dice que de 72 enfermos interrogados por él con objeto de averiguar el influjo de la herencia, 36 habian nacido de padres afectos de reumatismo, 24 de padres sanos y 12 no le dieron noticias exactas (*Leç. oral.*, p. 126); pero en este número figuran los afectos gotosos y los reumáticos, y por lo tanto semejante cálculo no puede aplicarse á estos últimos por sí solos. Todo cuanto se ha escrito sobre la herencia se refiere mas particularmente á la gota, cuya trasmision por medio de la generacion admitimos nosotros con todos los autores. Sin embargo, este influjo, aunque menos marcado respecto del reumatismo, es sin embargo una causa que predispone á él. No se sabe si es el principio reumático ó una organizacion particular trasmitida de padres á hijos, la que engendra en estos últimos el reumatismo. Bouillaud cree que la verdadera causa de la predisposicion es una constitucion hereditaria; habiéndole parecido que el temperamento sanguíneo, ó mejor aun linfático sanguíneo, una piel blanca, fina, delgada y que transpire con facilidad favorecen el desarrollo del reumatismo. Entre los 72 casos reunidos por Chomel, el temperamento sanguíneo era el que existia mas frecuentemente en los sugetos afectados de reumatismo articular (*Leç. oral.*, p. 143). Advierte con razon este autor, que antes de atribuir cierta parte de influjo al temperamento sanguíneo, seria conocer el grado de frecuencia de este entre los habitantes de las paises templados.

»La *edad* es tambien una causa que predispone al reumatismo. La mayor parte de los autores convienen en que la enfermedad es mas comun entre los 15 y 30 años (Cullen, *Elem. de méd. prat.*, t. I, p. 434; 1819). En 85 casos de reumatismo ha visto Macleod que el máximum de frecuencia recaia en el período de la vida que acabamos de indicar (mem. cit.). De 73 enfermos observados por Chomel, 35 tuvieron su primer ataque de 15 á 30 años; 22 de 30 á 45; 7 de 45 á 60; 7 despues de los 60, 2 antes de los 15, uno á los 8 y otro á los 9 años (lés. cit., p. 160). Puédese pues establecer que entre los 15 y 30 años es cuando se presenta mas á menudo el reumatismo por primera vez, y mas espuesto se halla á recidivas. Tambien ataca sugetos de 7, de 9 y de 10 años, y aun tal vez es menos raro antes de los 15 que despues de los 60. Cuando se manifiesta en tan tierna edad, suele recaer en hijos de padres que tambien le han padecido.

»*Sexo.*—Los hombres se hallan mas espuestos á padecerle que las mujeres. Séneca, Areteo y Boerhaave estan acordes sobre este punto. Boerhaave indica la verdadera causa de esta influencia diciendo, que como los hombres estan dedicados á trabajos mas duros y espuestos á las fatigas de la guerra, á las intemperies del aire y á marchas penosas, deben contraer con mas facilidad la afeccion reumática (af. 1491, *loc. cit.*, t. V, p. 604). Infiérese pues, que las mujeres vendrán á estar tan espuestas como el hombre, en cuanto se coloquen en las mismas condiciones higiénicas que este último.

»*Estaciones.*—El doctor Lion ha contado en la enfermeria de Manchester 291 casos de reumatismo entre 3561 enfermos, esto es, poco mas de un 8 por 100. En 103 era crónica la afeccion y en 188 mas ó menos aguda. El máximum de frecuencia relativamente á las estaciones fue en abril y mayo (10 y 12 por 100) y el mínimum en agosto y setiembre (13 por 100) (extr. de los per. ingl. en *Arch. gén. de méd.*, t. XII, 3.ª y nueva série, 1841).

»Nada diremos del influjo de los alimentos y bebidas, de los movimientos musculares, de los escesos venéreos, y de otras causas, cuyo modo de obrar es poco conocido por lo tocante al reumatismo.

»*Causas ocasionales ó determinantes.—Frio.*—Sidenham, cuyo *tratado de la gota* no ha podido servirnos porque su descripcion se aplica á esta enfermedad y no al reumatismo, consagra sin embargo á esta última afeccion otro capítulo, donde asegura que procede generalmente de haber tomado frio de pronto estando el cuerpo acalorado por un ejercicio violento ó de cualquier otro modo (*Médecine prat.* trad. de Jault; *Encyclop. des scienc. méd.*, cap. 6, p. 195, en 8.°; París, 1835). Tambien Stoll atribuye á esta causa gran parte en el desarrollo de la enfermedad (*Médecine pratique*, trad. de Mahon, t. III, p. 241). Boerhaave dice que muchas veces va precedida de la supresion del sudor y de la refrigeracion repentina de todo el cuerpo (*loc. cit.*, p. 601). Cruveilhier se estiende á decir, que pueden provocarse voluntariamente ataques de reumatismo por causas esteriores, por la supresion intempestiva de un vestido, por una corriente de aire, por la lluvia, etc. (*Anat. pathol.*, t. I, p. 7). Bouillaud es el autor que mejor ha estudiado la influencia del frio en la produccion del reumatismo (ob. cit., p. 256). Preguntando con cuidado á los enfermos que entran en los hospitales, se encuentran muchos que aseguran haber estado espuestos accidentalmente y por mas tiempo que de costumbre á la accion de un aire frio, seco ó húmedo: unos se han mojado por la lluvia conservando puestos sus vestidos calados de agua; otros han permanecido en una corriente de aire frio, á la sazon de

hallarse sudando ó fatigados por una larga carrera, etc. De 52 enfermos cuyas observaciones refiere Bouillaud, 34 habian sufrido un enfriamiento; de 38 sugetos 25 ejercian profesiones que los esponian á frecuentes alternativas de calor y de frio (ob. cit., p. 263). Chomel y Requin no dan grande importancia á la accion patogénica del frio (ob. cit, p. 148). Sin embargo muy á menudo vemos entrar en los hospitales enfermos cuyo reumatismo no puede atribuirse á otra causa. Tales son muchos toneleros, mozos de los puertos, descargadores de los barcos, lavanderas, etc., que se acuerdan muy bien de haber sentido un frio intenso algun tiempo antes de presentárseles el dolor reumático.

»Dicen los autores que la metastasis de una uretritis suprimida de pronto puede determinar la artritis reumática. Al momento que desaparece el flujo mucoso empieza una articulacion, como por ejemplo la de la rodilla ó de la mañeca, ó ponerse dolorida, roja y tumefacta. No creemos nosotros que esta artritis sea de la misma naturaleza que la reumática, como lo prueban las observaciones siguientes: 1.° la artritis blenorrágica ocupa una sola articulacion; 2.° sigue sus fases regulares en el lugar en que se fija y no varia de sitio como el artro-reumatismo; 3.° termina mas á menudo que este último por la supuracion articular.

»Cuanto acabamos de decir de la *artritis blenorrágica* se aplica igualmente á la *artritis de las recien paridas*. En virtud del estado general en que se encuentran las enfermas es la flegmasia articular menos movible y termina frecuentemente por supuracion. En ocasiones no es la artritis puerperal mas que un reumatismo ordinario simple, en cuyo caso se conduce como este último; pero mas á menudo es un derrame purulento y metastático causado por la puohemia.

»Apenas nos atrevemos á colocar entre las causas ocasionales la amenorrea, la irregularidad, la disminucion del flujo menstrual, la suspension de la secrecion láctea, de los loquios, de las flores blancas, del flujo hemorroidal; la curacion inoportuna de una úlcera antigua, la omision de una sangria habitual, la retropulsion de una epistaxis, de una hemotisis ó de cualquier otra hemorragia á beneficio de una medicacion astringente usada fuera de sazon (Requin, *Leç. oral.*, p. 150). Estas causas no deberian figurar en las obras, á menos que se probase clínicamente su accion patogénica.

»Tratamiento profilactico.—Cualesquiera que sean las ideas que se adopten sobre la naturaleza del reumatismo articular, no se puede menos de reconocer la influencia del frio y de la humedad en el desarrollo y en las recidivas de esta afeccion. Declárase generalmente cuando ha estado el cuerpo espuesto, en el momento de hallarse sudando, á un enfriamiento repentino y prolongado. De aqui el primer precepto de impedir el descenso de la temperatura cutánea por medio de ropas de lana puestas inmediatamente sobre la piel. La franela, que impide las pérdidas de calórico, al propio tiempo que escita la sensibilidad, la exhalacion y todas las funciones del órgano cutáneo, satisface cumplidamente esta indicacion.

»Reveille Parise, que se ha ocupado con mas esmero que los demas autores en trazar las reglas del tratamiento profiláctico, le reduce á los siguientes medios: 1.° evitar las ocasiones de que la piel pierda su calor; 2.° baños domésticos y aguas termales; 3.° uso permanente de ciertos tejidos sobre la piel; 4.° uso mas ó menos frecuente de ciertos escitantes esternos; 5.° fricciones secas generales y parciales; 6.° arenacion (*Du traitament palliatif et prophylactique du rhumatisme*; *Bullet. de therapeut.*, t. IX, p. 269; 1835). Los baños calientes seguidos de fricciones en todo el cuerpo son seguramente el medio mas capaz de evitar el reumatismo, sobre todo cuando se le puede agregar las diversas prácticas que se usan en los paises calientes. En una palabra, la prescripcion higiénica que conviene satisfacer y que reasume todo el tratamiento preventivo del reumatismo cualquiera que sea su asiento (no hablamos de la gota), consiste en escitar continua y moderadamente todas las funciones de la piel, en desembarazarla con la mayor exactitud de las materias que se depositan continuamente en su superficie, y por último en librarla principalmente de los ataques del frio húmedo.

»Tratamiento curativo.—Hánse dirigido sucesivamente contra el reumatismo articular un considerable número de medicaciones. Los buenos resultados que se han obtenido por métodos frecuentemente muy opuestos se esplican por las singulares variaciones que ofrecen la duracion é intension de los síntomas generales y locales del reumatismo; por manera que el terapéutico se inclina siempre á creer que la mejoria inesperada que observa depende de los remedios que acaba de administrar. No nos cansaremos de repetir, que ha de procederse con mucha reserva y reuniendo antes gran número de casos enteramente parecidos, para deducir conclusiones rigurosas sobre los efectos de los medicamentos que hasta el dia se han propuesto. Los que vamos á describir detenidamente son: 1.° tratamiento por las emisiones sanguíneas; 2.° por el sulfato de quinina solo ó combinado con las sangrias; 3.° por el tártaro estibiado; 4.° por el opio y los narcóticos; 5.° por la tintura de colchico; 6.° por el nitrato de potasa; 7.° por algunos otros medicamentos (sudoríficos, purgantes, digital, arsénico, mercuriales, etc.).

»1.° *Tratamiento por las emisiones sanguíneas*: A. *á altas dósis.*—Sidenham formula en los términos siguientes la medicacion que empleaba: «tan luego como me llaman á ver un enfermo le mando sacar 10 onzas de sangre del brazo correspondiente al lado afecto... al dia siguiente le estraigo igual cantidad de san-

gre que la primera vez, y repito la misma operacion dejando uno ó dos dias de intervalo segun las fuerzas del paciente; finalmente, dejando otro intervalo de tres ó cuatro dias á proporcion de las fuerzas, la edad, el temperamento del enfermo y demas circunstancias, reitero la sangria por cuarta y comunmente última vez» (*Du rhumatisme*, cap. VI, loc. cit., p. 197). Por lo demas, Sidenham introdujo posteriormente en su método importantes modificaciones: aunque las emisiones sanguíneas que practicaba eran muy moderadas y su número no pasaba de cuatro á cinco, todavia escribió mas adelante que la esperiencia le habia enseñado «que valia mas, despues de sangrar dos ó cuando mas tres veces, reiterar frecuentemente los purgantes hasta que desapareciesen todos los síntomas, que usar la sangria por único remedio...» (Carta de Sidenham á Roberto Brady, ob. cit., p. 166). Ademas de la sangria prescribia el médico inglés los julepes simples, las emulsiones, las bebidas refrescantes, las cataplasmas, las lavativas y la dieta.

»Stoll «siguió en ocasiones la práctica de Sidenham.... ; pero la larga duracion del mal solia eludir este tratamiento activo, resultando que mas pronto se deprimian las fuerzas que la enfermedad: estaban los enfermos muchas semanas sin poder moverse.» Habiendo, añade Stoll, esperimentado Sydenham en sí mismo la ineficacia de su método, se abstuvo de hacer repetir las sangrias, y resolvió ensayar otros medios, ya para economizar la sangre de los enfermos, ya principalmente para obtener una curacion mas pronta y mas segura (*Méd. prat.*, trad. de Mahon, t. I, p. 87). Es visto, pues, que Stoll era muy poco partidario de las emisiones sanguíneas. Van Swieten habla de un libro publicado en Paris en 1747 (*Observat. interess. sur la cure de la goutte et du rhum.*, præf., p. VI y p. 329), donde se hace mencion de un médico de Montpellier, que proponia como método invariable de tratamiento sacar 20 libras de sangre en 10 veces, en 36 horas (*Comm. in af.*, tomo V, pág. 621, en 4.°; París, 1773). Sarcona siguió el primer método de Sydenham en el tratamiento de la fiebre reumática de Nápoles (1764). Roche ha creido no deber separarse de él (art. *Artritis*, *Dict. de méd. et de chir. prat.*).

»B. *Emisiones sanguíneas repetidas y formuladas.*—Bouillaud, que hace de las emisiones sanguíneas generales y locales el elemento principal del tratamiento del reumatismo, ha creado sin disputa una nueva medicacion, indicando las reglas segun las cuales deben practicarse las sangrias. La *nueva fórmula* que ha dado á conocer puede reasumirse del siguiente modo: Primer dia; en la visita de la tarde se practica una sangria de 12 onzas; segundo dia, una sangria de 10 á 12 onzas mañana y tarde, y en el intervalo una aplicacion de sanguijuelas ó mejor de ventosas escarificadas alrededor de las articulaciones mas afectas, como tambien á la region precordial ó el torax, segun que existe una endo-pericarditis, una pleuresia ó una pleuro-neumonia. La sangria local debe ser de 8, 12 y aun 16 onzas. Tercer dia: en los casos graves se practica una cuarta sangria de 8 á 12 onzas, y una sangria local de la misma dosis en iguales puntos. En el caso de observarse mejoria se suspende la fórmula. Cuarto dia: si no es franca la resolucion se practica una quinta sangria de 8 onzas. Quinto, sesto y sétimo dias: «en los reumatismos articulares agudos, muy graves, con endocarditis ó endo-pericarditis, ó pleuresia, muy pronunciadas, no es todavia tiempo de suspender las emisiones sanguíneas. Entonces, en los tres dias á que nos referimos, se practican dos ó tres nuevas sangrias del brazo y otra sangria local, aplicando al propio tiempo anchos vejigatorios, ya sobre la region del corazon, ya sobre las articulaciones, ya por último, en uno y otro sitio simultáneamente. En algunos casos de esta última categoria he tenido, dice Bouillaud, que sacar hasta 10, 11 y 12 libras de sangre» (ob. cit., p. 351). Quiere Bouillaud que se modifique su fórmula segun la edad, la fuerza y la constitucion de los sugetos, segun la intension de la enfermedad y las complicaciones. En los casos de mediana intension le han bastado para curar cinco sangrias generales de ocho á doce onzas (cuatro á cinco libras de sangre en cuarenta y ocho horas); en los casos graves seis ó siete sangrias locales ó generales de 9 á 12 onzas (seis á siete libras en tres ó cuatro dias). Ciertas condiciones constituyen en sentir de Bouillaud contraindicaciones formales á las emisiones sanguíneas. Usa como medios auxiliares las cataplasmas, los vejigatorios, la compresion de las articulaciones, y el opio interiormente ó por el método endérmico.

»Siguiendo este método ha visto por punto general declararse francamente la convalecencia el sétimo ú octavo dia en la mayoria de los casos graves. Desde esta época se puede empezar á dar alimento á los enfermos. Los tres grandes resultados que segun Bouillaud se obtienen por esta medicacion, son: 1.° reducir á cero la mortandad aun en los casos mas graves, con tal que se acuda á tiempo: 2.° evitar el paso de la enfermedad al estado crónico; 3.° abreviar la duracion del reumatismo articular intenso, en términos que solo llega á uno ó dos septenarios en vez de seis á ocho por término medio (p. 355).

»El tratamiento del reumatismo por las sangrias repetidas y formuladas da, aplicándole con discrecion, escelentes resultados. Siempre que un sugeto afectado de reumatismo presente las condiciones en que reconocen los prácticos la utilidad de la medicacion antiflogística, debe dirigirse esta segun las reglas trazadas por Bouillaud. No hay una vez que nos hayamos conformado rigurosamente con ellas, siendo los pacientes robustos y con todas las con-

diciones en que aprovechan generalmente las sangrias, sin haber obtenido una rápida curacion. El único inconveniente que ofrecen es el de prolongar las convalecencias, á causa del estado cloro-anémico en que caen los sugetos, y de dificultar por lo mismo el tratamiento que exigen las recaidas ó las recidivas que sobrevienen poco tiempo despues del ataque antecedente.

»C. *Emisiones sanguíneas moderadas.*— Muchos prácticos siguen un método de tratamiento mas antiguo y usado con mas generalidad, que consiste en hacer tres, cuatro y aun mas sangrias durante los quince ó veinte primeros dias del reumatismo, segun la intension, duracion y exacerbacion de los síntomas locales, y especialmente de la calentura: al propio tiempo se aplican sanguijuelas y ventosas escarificadas á las articulaciones inflamadas, cubriéndolas con cataplasmas de harina de linaza, rociadas con láudano líquido de Sidenham.

»En la medicacion antiflogística figuran las aplicaciones locales de que acabamos de hablar, y el uso interior de algunas sustancias narcóticas, del opio, y jarabes sedantes en corta cantidad, de las sales alcalinas y de los laxantes para mantener libre el vientre. Las bebidas deben administrarse tibias, y no frias como se ha recomendado, porque en este último caso tendrian el inconveniente de contener los sudores, y si no debe hacerse nada para escitarlos como querian los antiguos, tampoco conviene suspender el movimiento perspiratorio que se efectúa en la piel. La naturaleza de las bebidas es casi indiferente, pudiendo usarse muy bien el suero, los cocimientos de cebada, de grama, de malvavisco, de regaliz, de parietaria; la disolucion acuosa de un jarabe ácido, de guindas, de grosella, de naranja, etc., ó una infusion preparada con estas frutas. Generalmente se pone en estas tisanas cierta dosis de nitro, cuya utilidad es muy dudosa.

»Algunos enfermos no pueden soportar los tópicos emolientes; en cuyo caso se pone sobre las articulaciones una franela empapada en un cocimiento emoliente y narcótico, cubriéndola con hule. Tambien puede entonces prestar algunos servicios un aceite cargado de láudano, de beleño ó de belladona. Las cataplasmas de linaza deben colocarse directamente sobre las articulaciones, y renovarse á menudo. Conviene dar á los miembros tal situacion, que se hallen sustraidos á la presion de las ropas de la cama, y puedan conservar una inmovilidad absoluta: con este objeto se usan almohadillas y fanones parecidos á los que sirven para proteger los miembros fracturados. Se procurará que la cama esté dura y lisa para que no haya necesidad de hacerla con demasiada frecuencia. No se ha de escitar el sudor con ropas de demasiado abrigo. La temperatura de la alcoba del enfermo debe ser de unos 15.º centíg., hasta que se complete la curacion.

»2.º *Tratamiento por la quina y el sulfato de quinina.*— Morton (*Opera omnia*, cap. IX, *de Proteiformi febris continentis genio*, t. I, p. 134) empleó la quina contra el reumatismo; Giannini, Fothergill, Haygarth, Sunders, Scudamore y Johnson, creen que estan bien demostradas las propiedades curativas de este medicamento. Haygarth especialmente ha preconizado en Inglaterra sus admirables virtudes: «Si se esceptúa el mercurio en la sífilis y la misma quina en las calenturas intermitentes, pocos casos hay, dice este médico, en que un remedio produzca un alivio tan pronto y tan completo restablecimiento en una enfermedad tan formidable» (*A clinical history of the acute rheumatism.*). Van Swieten dice, que cuando los enfermos estan debilitados y ofrecen exacerbaciones cotidianas de los dolores, se observa un notable alivio administrándoles en tiempo oportuno una onza de quina en polvo (Com. cit., t. I, p. 625).

»Briquet debe considerarse como el primero que ha usado el sulfato de quinina á altas dosis en el tratamiento del reumatismo articular; puesto que no nos parecen fundadas las reclamaciones que han hecho con este motivo los señores Casorati y Maschcroni (est. de los per. ital., en *Gaz. méd.*, p. 500; 1843). Desde el mes de setiembre de 1842 lo administraba ya Briquet á gran número de los enfermos que iban á sus salas, tratándolos únicamente por esta medicacion. En noviembre de 1842 dió cuenta de los resultados que habia obtenido, en una memoria leida á la Academia de medicina, y posteriormente ha añadido nuevos hechos á los ya publicados (*Nouvelles recherches sur le traitem. du rhum. artic. aigu par le sulf. de quin. à haute dose*; *Journ. de méd.*, p. 43, febrero de 1843).

»Uno de nosotros ha estudiado tambien con cuidado los efectos del sulfato de quinina á altas dosis en 22 enfermos, y aunque ha adquirido el derecho de suponer exageradas las virtudes que se han atribuido al sulfato de quinina (Monneret, *Mémoire sur le trait. du rhum. art.*, etc.; *Journ. de méd.*, p. 17 y 43; 1844), sin embargo, creemos deber esponer sin comentarios los felices resultados que refieren los partidarios de este medicamento.

»Briquet, cuyas huellas han seguido los demas médicos, habia empezado dando la sal de quinina á las elevadas dosis de 100 y 120 granos; pero los enfermos que cita en su segunda memoria tomaron el medicamento: 1.º los mas graves (8 de 27), á la dosis de una dracma; 13 á la de 60 granos al principio, y los demas á la de 40 (mem. cit., p. 44). No es de temer ningun accidente cuando no se pasa al principio de 40 granos, asegurándose de que las primeras dosis no producen ningun fenómeno grave. Mas conviene advertir á los asistentes, que suspendan el uso del medicamento en cuan-

lo observen trastornos de la vision, sordera, vahidos, vacilaciones, y con mayor motivo cuando haya un principio de embriaguez quínica (Monneret, mem. cit., p. 21). Con estas precauciones se puede elevar la dosis hasta 80 y aun 100 granos, pero progresivamente y con con tal que no se manifiesten trastornos nerviosos.

»El sulfato de quinina debe tomarse esclusivamente por la boca, y en una pocion de 5 á 6 onzas. Se forma esta pocion con agua destilada ó una disolucion gomosa qne se dulcifica con jarabe de limon, de grosella, de frambuesa, etc. Debe cuidarse siempre de que se disuelva bien el sulfato de quinina, á beneficio de un corto esceso de ácido sulfúrico, de modo que pase al estado de bisulfato: tal vez dependan de haber descuidado la precaucion que acabamos de indicar, los accidentes que ocurrieron en la época en que se ensayaba la medicacion quínica. Es preciso dar la pocion á dosis refractas, como por ejemplo cada hora, deteniéndose en cuanto se observen los trastornos del sistema nervioso que indican un principio de intoxicacion. Siguiendo rigurosamente las reglas que acabamos de esponer, se puede prescribir el sulfato de quinina á altas dosis y durante largo tiempo, sin esposicion de que ocurra ningun accidente alarmante.

»Bajo la influencia de la medicacion quínica cesa el insomnio, disminuyen los dolores reumáticos, y aun muchas veces se disipan como por encanto, y el enfermo que no podia la víspera mover ninguna articulacion, las agita libremente y sin dolor; al segundo ó tercer dia de tratamiento desaparecen generalmente los dolores, no menos que la tumefaccion y la rubicundez articulares, ó al menos son tan leves estos síntomas que apenas repara en ellos el enfermo. Al mismo tiempo se mitiga la fiebre; desciende el pulso de 120, 112 á 90 y 80; se deprime la temperatura de la piel; se despierta muy luego el apetito, y del noveno al duodécimo dia de la enfermedad se establece completamente la convalecencia (Briquet, mem. cit., p. 46). Al principio le habia parecido á Briquet que los fenómenos de pericarditis y de endocarditis recibian una influencia favorable del sulfato de quinina; mas no sucedió lo mismo en la segunda série de enfermos que observó, y en los cuales se vió precisado á combatir esta complicacion por los medios usados en semejantes casos: «Los dolores reumáticos se disipaban por punto general con tanta prontitud, como en los casos en que no existia semejante complicacion.» Desde luego observaremos con este motivo, que puesto que hay necesidad de combatir por medio de la sangria las coincidencias de endo-pericarditis y de pleuro-neumonia, que tan frecuentes son en el reumatismo, ya no se pueden incluir los casos en que se ha usado tal medio de tratamiento entre los curados por el uso esclusivo del sulfato de quinina. Si ahora indagamos hasta qué punto ha sido ventajosa esta *medicacion mista* reclamada por la complicacion intercurrente, hallaremos en la memoria de Briquet que: de 16 casos en que habia coexistencia de otra afeccion, 9 veces desaparecieron los fenómenos reumáticos del segundo al sesto dia, y las otras 7 se prolongaron algun tiempo mas: una enferma afectada de neumonia y de endocarditis, no se curó de sus dolores hasta el dia vigésimo segundo de tratamiento; otra que tenia, es verdad, el reumatismo hacia tres meses, salió nada mas que aliviada al cabo de un mes; en tres volvieron á presentarse dolores intensos generales que solo duraron dos dias. «Los ruidos de frote del pericardio y del endocardio, no cesaron completamente en ninguno de los casos, y disminuyeron con lentitud en muchos» (Briquet, mem. cit., p. 47). No somos tan injustos que queramos que el sulfato de quinina cure las endo-pericarditis, las neumonias y las pleuresias reumáticas; pero como estas complicaciones ocurren con tanta frecuencia, siendo ellas las que sostienen la fiebre, y notándose que en tales casos persisten con tenacidad los dolores y demas síntomas locales, ó presentan mucha tendencia ó reproducirse, debemos concluir que la medicacion quínica es insuficiente y aun inaplicable en gran número de sugetos. Ños ha parecido que los reumatismos articulares agudos mas rebeldes á esta medicacion, eran precisamente los que iban acompañados de fiebre alta ó de modificaciones en los ruidos del corazon, que indicaban una coincidencia de endocarditis ó de pericarditis. Nada mas fácil de obtener que la disminucion ó la desaparicion de los dolores y aun de los síntomas artríticos, poniendo al enfermo bajo el imperio de la intoxicacion quínica y de la embriaguez particular que provoca; pero en cuanto se suspende la medicacion, no tardan en manifestarse de nuevo los accidentes locales y generales.

»No tratamos de indagar aquí de qué modo obra el sulfato de quinina: si como contra-estimulante y por la accion sedante que ejerce en el sistema vascular, ó bien provocando trastornos nerviosos, especialmente en la porcion de este sistema destinada á la sensibilidad. Uno de nosotros ha discutido el valor de estas diversas opiniones, en un escrito en que se propuso estudiar las propiedades fisiológicas, curativas y tóxicas, del sulfato de quinina (Monneret, *Journ. de méd.*, loc. cit.).

»Despues que publicó Briquet sus concienzudos trabajos sobre la medicacion quínica, muchos discípulos suyos han dado á luz nuevos hechos en apoyo de su método de tratamiento (Grandhomme, *Consid. sur le trait. du rhum. artic. aigu par le sulfate de quinine à haute dose*, tés. núm. 91; Paris, mayo 1843.—S. L. Grignon, *Traité du rhum. artic. aigu*, número 160; París, agosto, 1845).

»Legroux ha ensayado las dosis elevadas de sal de quinina segun el método de Briquet,

prefiriendo por último la fórmula siguiente: prescribe el medicamento á la dosis de 20 á 30 granos el primer dia segun las fuerzas del sugeto y la intension del reumatismo, distribuyéndola en seis ú ocho veces de dos en dos horas. Da el medicamento en hostias, y manda para bebida la limonada sulfúrica con el objeto de facilitar la disolucion de la sal. El segundo dia y siguientes sostiene ó eleva la primera dosis, pero sin pasar de 40 granos. En seguida la reduce á 35 granos, cuando se empiezan á disipar los dolores y la calentura (*Rech. clin. sur le trait. du rhum. art. aigu par le sulfate de quinine à doses moyennes*; *Journ. de méd.*, p. 10, 38, 106; 1845). El médico que acabamos de citar se felicita mucho del uso del sulfato de quinina á dosis moderadas; pero en realidad se ha servido muchísimas veces de una medicacion mista, puesto que ha recurrido á las sangrias, á los purgantes y á los vejigatorios (loc. cit., p. 13): en algunos enfermos practicó por término medio tres sangrias. Estraño parece que no crea el autor que se puedan atribuir á pérdidas sanguíneas tan moderadas los buenos efectos del tratamiento. ¿Qué contestaria á los médicos que aseguran que el mejor método para curar el reumatismo consiste precisamente en el uso de estas sangrias moderadas? Leyendo con atencion la memoria de Legroux, nada encontramos en ella que no hayan dicho Briquet y otros médicos; ha comprobado como estos curaciones rápidas y completas; pero por otra parte confiesa que son mas frecuentes las recidivas (mem. cit., página 110), que es lo mismo que habia ya observado uno de nosotros en sus investigaciones sobre la medicacion quínica.

»Hemos dicho al hablar de la duracion del reumatismo articular agudo, que Legroux le habia apreciado en 7 dias 2/10 por término medio (p. 110). Este resultado es sin duda alguna muy notable; pero tambien hemos manifestado que era preciso tener en cuenta muchas circunstancias para calcular rigurosamente la duracion del reumatismo, y tememos que algunas de ellas se hayan escapado á Legroux.

»Generalmente convienen en la actualidad los partidarios de la quina en confesar, que el sulfato de quinina es ineficaz en el reumatismo mono-articular agudo y crónico, y en la artritis aguda con hidrartrosis considerable y derrame puriforme de las recien paridas, hallándose ademas contraindicado cuando provoca vómitos ó diarrea, y cuando existe delirio ú otros desórdenes nerviosos. Parécenos que la coincidencia de una endo-pericarditis, de una pleuresia ó de una neumonia, es una contraindicacion formal al uso de la sal quínica.

»Algunos médicos han recurrido en estos últimos tiempos á una medicacion, cuyos agentes son por una parte sangrias generales moderadas, y por otra dosis medias de sulfato de quinina; y dicen haber obtenido escelentes resultados á beneficio de este método, sobre el cual no se ha publicado todavia ninguna memoria especial.

»3.° *Tratamiento por el tártaro estibiado.*—Laennec es en Francia el médico que mas ha elogiado los buenos efectos del tártaro emético en el tratamiento del reumatismo. Escudados con la autoridad de su nombre le han ensayado gran número de médicos, consiguiendo resultados variables, como de tantos otros medicamentos que sucesivamente se han aconsejado. Uno de nosotros lo ha administrado á la dosis de 12 á 20 granos á una série de enfermos sin obtener efectos decisivos. Las observaciones que ha hecho sobre la accion de este medicamento, en nada difieren de las que ha publicado Dance en su concienzuda *Memoria sobre el uso del tártaro estibiado á altas dosis en el reumatismo articular agudo* (*Arch. gén. de méd.*, t. XIX, p. 486; t. XX, p. 1; 1829). Administraba el emético á la dosis de 6 á 8 granos y hasta una dracma, en una infusion ligera de flores de tilo y de hojas de naranjo, convenientemente dulcificada. Habiendo observado con el mayor cuidado los efectos de esta medicacion en 20 enfermos, llegó á concluir: «1.° que no siempre es practicable en los casos á que se la ha destinado especialmente; 2.° que no siempre es inocente; 3.° que aun prescindiendo de estas circunstancias desventajosas, no es mas eficaz que los métodos comunes de tratamiento (mem. cit., p. 48). Por nuestra parte creemos con Dance, que se puede ensayar el uso del emético en los casos en que han sido inútiles todas las medicaciones, y en que es necesario producir una revulsion y una perturbacion enérgicas. No hay para qué escederse de la dosis de 6 á 8 granos de emético, y en todos los casos es preciso estar seguros de que se halla sano el tubo digestivo (Dance, mem. cit., t. XX, p. 32). Por nuestra parte añadiremos que nunca hemos visto ceder á este tratamiento, ni esperimentar mejoria alguna, las complicaciones de endocarditis y de pericarditis.

»4.° *Tratamiento por el opio y los narcóticos.*—Siendo el reumatismo articular una afeccion que da lugar á síntomas locales muy dolorosos, se ha debido tratar de combatirle por sustancias narcóticas. Sydenham las proscribe enteramente, porque las cree propias para fijar el mal y disminuir los efectos de la sangria (*Du rhumatisme*, cap. VI; *Encyclop.*, p. 197). Estas ideas puramente especulativas no han impedido á los médicos esperimentar los narcóticos, aunque sin embargo han recurrido á ellos mas especialmente en el reumatismo doloroso. Unos administran el opio puro á la dosis de 2 á 4 granos en las veinticuatro horas; otros, como Corrigan, elevan la dosis hasta 10 y 12 granos. Para aumentar la dosis sirve de guia la persistencia de los dolores: segun el médico inglés se establece la tolerancia sin síntomas cerebrales. Al propio tiempo se usan tópicos en que entren la trementina, el alcanfor,

ó el cocimiento de cabezas de adormideras. Este tratamiento ha probado bien en ocho casos (estract. de los per. ingl.; *Journ. des con. médico-chirurgicales*, página 167, número 4; abril, 1840).

»Requin le ha ensayado últimamente en un número de enfermos bastante considerable, dando como medicamento principal el estracto gomoso de opio en píldoras de á grano, una por la mañana y otra por la tarde, y á lo mas 7 en todo el dia, sin observar ningun accidente grave. El término medio de la duracion del tratamiento ha sido de 11 dias y medio, y el de la totalidad del mal desde su invasion, 17 dias y medio. Adviértase sin embargo, que ha practicado sangrias generales segun las indicaciones (*Bull. de l'Acad. de méd.*; oct. 1843).

»El señor Lembert es el primero que ha ensayado el método endérmico en el tratamiento del reumatismo articular (*Essay sur le methode endermique*, p. 70; París, 1828). Trousseau y Bonnet han sometido 16 enfermos, casi todos de reumatismo articular agudo, á la medicacion usada por Lembert, persiguiendo los dolores con aplicaciones repetidas de vejigatorios hechos á beneficio de la pomada amoniacal, para cubrir el dermis desnudo con el hidroclorato de morfina. Despues de largos y esmerados estudios clínicos han llegado á concluir, que en el reumatismo articular con rubicundez y tumefaccion obran las sales de morfina casi esclusivamente por sus efectos locales. Pero este mismo efecto local es complicado, componiéndose de la accion del vejigatorio y de la del narcótico. Creen que la accion revulsiva y la modificacion general del sistema nervioso, tienen poca parte en la disminucion de los dolores, debiéndose atribuir la curacion del reumatismo á la modificacion de la parte localmente tratada (*Recherches sur l'emploi des prepar. du morphine dans le trait. du rhum. sinov. et gout.*; *Arch. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 293, 1831, y t. XXVIII, p. 28 y 157; 1832). Por lo demas no obtuvieron resultados muy ventajosos de semejante medicacion. Los dolores articulares desaparecen pronto; pero se trasladan á otro punto y vuelven á presentarse en los parages primitivamente afectos. Creemos, dicen, que son útiles especialmente las aplicaciones de morfina en los casos en que persisten tenazmente en una ó dos articulaciones dolores subagudos y crónicos, no acompañados de rubicundez. Las sales de morfina, administradas interiormente ó colocadas sobre el dermis desnudo, no son agentes terapéuticos que puedan constituir por sí solos una medicacion anti-reumática.

»Forget ha ensayado en un reducidísimo número de casos, el agua destilada de laurel real, el cianuro de potasio, el estracto de opio, etc. (*De quelques médic. actifs admin. à dose estraordin.*; *Bull. de therap.*, tomo XV, pág. 18).

»Los polvos de Dower, usados con frecuencia en Inglaterra, producen á veces escelentes efectos, administrándolos á dosis graduadas y bastante elevadas para determinar una perturbacion saludable. Sin embargo, estan lejos de modificar siempre favorablemente la afeccion reumática; suelen fatigar mucho á los enfermos y no aliviar en manera alguna los dolores.

»Tambien se han usado esteriormente los narcóticos. Se hacen fomentos con los cocimientos concentrados de cabezas de adormidera, de beleño, de yerbamora, etc. Se rodea las articulaciones doloridas con franelas empapadas en láudano ó en una disolucion de cianuro de potasio. Por punto general, estos tópicos alivian poco á los pacientes. Si el dolor tuviese algo de neurálgico, seria útil la aplicacion de una sal de morfina sobre el dermis desnudo, y tambien podria usarse la disolucion de cianuro potásico (*Journ. des conn. médico-chirurgicales*, p. 160; 1841).

»5.° *Tratamiento por la tintura de colchico.*—Las preparaciones farmacéuticas de que mas uso se ha hecho en el tratamiento del reumatismo, son: el agua medicinal de Hudson, la tintura de semillas, y el vino de colchico de Balbers: se cree que la tintura es mas activa que la segunda preparacion. Uno de nosotros ha ensayado la tintura del bulbo en 25 enfermos, y ha consignado el resultado de sus observaciones en una memoria, de la que estractaremos algunos pasages (Monneret, *Mém. sur l'emploi de la tinture du bulbe de colchique, du nitrate de potasse, et des saignées non formulées, dans le rhum. articulaire*; *Arch. gén. de méd.*; marzo, 1844). De los 25 enfermos 22 estaban afectados de reumatismo articular; «en 8 enfermos, es decir, en algo mas de la tercera parte, coincidió con el tratamiento la disminucion completa de los dolores; pero examinando mas de cerca estas curaciones, vió el autor de la memoria, que todas pertenecian á alguna de las siguientes categorias, como tantas otras curaciones obtenidas á beneficio de los medicamentos que sucesivamente se han preconizado: ó bien existia el reumatismo desde muchos dias antes, apenas era febril y terminaba en doce ó quince dias; ó bien era enteramente crónico; y en ambos casos la enérgica revulsion que producia la tintura de colchico en los intestinos, bastaba para disipar ó suspender el mal. La mejoria se presentaba siempre al mismo tiempo que la diarrea: en ningun caso ha corregido ó curado la tintura de colchico el reumatismo por esas propiedades especiales y ocultas que algunos prácticos le han concedido. En algunos casos, bastante raros, en que fue su accion rápida y saludable, obró como un verdadero drástico. En cuanto á las complicaciones que pueden existir por parte del corazon, apenas es necesario decir que no las modifica en manera alguna la tintura de colchico» (mem. cit.). Los efectos que produce este medicamento sobre el estó-

mago y los intestinos, y que ha espuesto estensamente el autor de la citada memoria, esplican la saludable accion que ejerce en algunos casos de reumatismo. El doctor Bright administra el vino de colchico, la magnesia y la sal de Epsom, hasta determinar muchas cámaras al dia. El doctor Twedie aconseja esta medicacion, de la cual no difiere esencialmente la suya, reducida á dar 4 granos de polvos de raiz cada seis horas, é inmediatamente despues algunas cucharadas de una pocion purgante (per. ing. en *Gaz. méd.*, p. 417). Muchos médicos ingleses que han administrado el colchico en casos de reumatismo y de gota indiferentemente, dicen que posee escelentes propiedades: S. Everard Home, W. H. Willians, C. T. Haden y Copland, aseguran haber sacado de él mucho partido; Willians prefiere el uso de las semillas; y el doctor Haden ha publicado una obra sobre los buenos efectos de este medicamento (*Practical observations of the colchic automni;* Lond., 1820). J. Cloquet ha prescrito la tintura de bulbo de colchico á algunos enfermos; pero no han sido sus ensayos bastante numerosos para que se pueda deducir de ellos conclusion alguna (*Archiv. gén. de méd.*, t. XII; 1826).

»6.° *Tratamiento por el nitrato de potasa.*—Uno de nosotros ha sometido 8 enfermos al tratamiento por el nitrato de potasa á la dosis de 2 á 8 dracmas. Hallábanse todos los pacientes afectados hacia poco tiempo de reumatismo intenso, y por consiguiente en las condiciones mas favorables para una esperimentacion rigurosa; mas en ninguno de ellos tuvo al parecer influencia alguna este medicamento (Monneret, *Arch. gén. de méd.*, loc. cit.). No se observó la menor mejoria, habiendo sido preciso variar muy luego de plan para evitar el desarrollo de accidentes mas graves.

»El nitro, usado al principio á altas dosis por Ricardo Brocklesby (1764), por Macbride (1772), y William Whytt (1774), que le atribuian propiedades curativas incontestables, lo ha sido en estos últimos tiempos por Gendrin, Aran (*Journ. des con. médico-chirurg.*, t. VIII, p. 60; 1841), Stoeber (*Gaz. méd.*, pág. 417; 1843), y Martin Solon (*Acad. de méd.*, octubre 1843, y *Bull. de therap.*, t. XXV; agosto, setiembre y octubre, 1843). Aran que ha recogido sus observaciones en las salas de Gendrin y Martin Solon, ha venido á concluir, que administrando el nitro á la dosis de 9 dracmas por término medio en las veinticuatro horas á doce sugetos afectados de reumatismo articular agudo, se efectuó la curacion el octavo dia del tratamiento, y el décimocuarto de la invasion del mal. La eficacia de esta medicacion iguala á la de los planes curativos que se tienen por mas afortunados (*Mém. sur l'empl. du nitr. de pot. à haute dose dans le rhum. art.-aigu*; per. cit., p. 150; 1841). Se empieza dando tres dracmas en dos cuartillos de tisana, y se eleva gradualmente la dosis hasta 4 y 5 dracmas.

»Martin Solon ha deducido de sus observaciones las conclusiones siguientes: 1.° se tolera fácilmente el nitro á la dosis de 5 dracmas á 2 onzas; 2.° no ejerce accion terapéutica importante en el tratamiento del reumatismo articular crónico, de las artritis parciales apiréticas, del reumatismo muscular ó fibroso, crónico, y de las reumatalgias; 3.° aplicado al tratamiento del reumatismo articular agudo, determina su solucion en cuatro ó seis dias y las mas veces en siete; obtiénese este resultado sin mas efecto visible que un descenso de la frecuencia del pulso, y una disminucion del calor de la piel, y sin que al parecer le favorezca el aumento de las secreciones cutáneas, alvinas y urinarias; 4.° el nitro á altas dosis contiene casi siempre los progresos del reumatismo, ó si llegan á afectarse nuevas articulaciones, va disminuyendo gradualmente la intension de los dolores: es tan rápido este tratamiento que evita la endocarditis, acorta mucho las convalecencias, y dificulta las recaidas; 5.° no deja de ser suficiente y de conservar su eficacia, porque el reumatismo se complique con una endocarditis leve; 6.° cuando se dificulta la circulacion y se agrega á la artritis otra flegmasia, deben concurrir al tratamiento las emisiones sanguíneas ó los diversos medios apropiados á la nueva enfermedad (*Bull. de therap.*, loc. cit.). No reproduciremos las objeciones que pudieran hacerse á esta medicacion como á otras muchas; pero sí repetiremos que uno de nosotros no ha obtenido de ella ventaja alguna. Es tanto lo que repugnan á los enfermos las bebidas nitradas, que muchas veces tenemos que suspender su uso, y nunca podemos estar seguros de que los sugetos admitidos en los hospitales han tomado regularmente las cantidades de nitro que se les han prescrito.

»7.° *Varias medicaciones.*—Indicaremos rápidamente los demas agentes terapéuticos que se han usado contra la afeccion reumática.

»A. Los *purgantes* solo sirven para disipar el estreñimiento pertinaz y escitar la secrecion intestinal que se halla notablemente disminuida en el reumatismo. Guerin empleaba el arrope de sauco; los médicos ingleses usan frecuentemente los calomelanos. Sidenham no queria que se diesen purgantes al principio de la enfermedad, sino despues de dos ó tres sangrias; en cuyo caso preferia los tamarindos, los foliculos de sen, el ruibarbo y el maná, desechando los drásticos como la escamonea y la jalapa.

»B. *Vomitivos.*—Solo se hallan indicados en los casos en que existe alguna complicacion biliosa ó un infarto gástrico.

»C. *Cicuta.*—Stork no podia menos de admitir las propiedades curativas del estracto de cicuta (*Libel. secund. de cicut.*, p. 75). Dice haberle usado con éxito, como tambien el estracto de acónito. Lombard ha ensayado en el reumatismo articular agudo el estracto alco-

hólico de acónito napelo preparado con el mayor esmero, empezando por medio grano dos veces al dia y luego cada dos horas, hasta dar 6 á 8 granos diarios. Asegura que asi cesan muy pronto los dolores, la tumefaccion y los derrames articulares, y que este medicamento se halla dotado de propiedades específicas contra el reumatismo (*Bull. de therap.*, t. III, p. 53; *Gaz. méd.*, junio, 1834). El doctor Busse emplea la siguiente preparacion: estracto de acónito 1 dracma; vino estibiado 1 onza: de un escrúpulo á 1 dracma cada dos horas, propinándola desde el principio sin ningun otro tratamiento; y dice haber visto desaparecer los dolores sin ningun fenómeno apreciable, ó despues de sudores abundantes ó de un flujo urinario copioso. Entonces debe suspenderse la administracion del medicamento (Schmidt's Jahrbüch.; tomo XXXVIII, núm. 15; 1843). No haremos mas que mencionar la digital, las fricciones mercuriales (Trousseau, *Journ. des conn. médico-chir.*, t. I, p. 75), el arsénico y los sudoríficos.

»D. *Guayaco.* — El doctor Ed. Seymour, que ha observado 172 casos de reumatismo, asegura que el medicamento que mas útil le ha parecido, es la raiz de guayaco administrada despues del uso de la sangria. De 110 casos en que prescribió este tratamiento, «no hubo uno solo, ni aun de los mas graves, que resistiese mas de algunos dias.» Da la resina de guayaco reducida á polvo, con azúcar, agua destilada y canela. Tambien se la puede tomar disuelta en el amoniaco (*Rapport sur la medication la plus efficace dans le traitement du rhumatisme articulaire*, est. de los per. ing., en *Gaz. méd.*, p. 744; 1838).

»Peraire de Burdeos ha preconizado el mismo agente terapéutico usándole del siguiente modo: guayaco porfirizado, 1 dracma; hojas de naranjo 1|2 dracma; acetato de morfina, 1 grano: divídase en 16 papeles. Se da una toma cada hora en una infusion béquica (*De l'emploi du gayac en poudre dans le rhum. aigu*, etc.; *Gaz. méd.*, p. 267; 1843). Los hechos que cita este médico no tienen tal valor, que pueda juzgarse semejante medicacion tan ventajosa como él supone. Tambien se ha administrado el guayaco en cocimiento fuerte, mezclado ó no con amoniaco líquido ó con carbonato de amoniaco en una pocion.

»Hánse empleado asimismo otras sustancias que se tienen por sudoríficas, como las infusiones de zarzaparilla y de sasafras, los estractos de estas plantas, y los baños calientes y de vapor, que solo pueden convenir en el reumatismo crónico.

»E. *Mercuriales.*—En Inglaterra se administran frecuentemente los calomelanos contra el reumatismo, dándolos á dosis alterante, ó bien unidos á una sustancia purgante. Puédense ver en diferentes colecciones periódicas observaciones de reumatismo, curado *mientras* se frotaba las articulaciones con altas dosis de ungüento mercurial (*Journ. des conn. médico-chir.*, p. 75, núm. 3, 1833, y p. 144, número 5, 1834; núm. 9, p. 370, 1836; y p. 122, 1841).

»El bromo, el ioduro de potasio, los baños alcalinos y de vapor, se han usado especialmente en el reumatismo crónico, y hablaremos de ellos mas adelante (v. *Tratamiento del reumatismo crónico*).

»No haremos mas que enumerar los medicamentos que siguen: A. azufre; B. subcarbonato de hierro; C. alcanfor en fumigacion (Dupasquier, *Revue médicale*, junio, 1826; y *Journ. des con médico-chir.*, p. 111, núm. 4, diciembre 1834); D. el aceite esencial de trementina (3 dracmas de aceite etéreo mezclado con miel); E. la tintura y el estracto de alcachofa (Copeman, estracto de los per. ingl. en *Gaz. méd.*, p. 287; 1833); F. el cocimiento de *ballota lanata* (Brera, estracto de los per. ital. en *Journ. des conn. médico-chir.*, p. 121, número 3; 1835).

»Segun Varlez, se ha practicado con éxito la compresion en el tratamiento del reumatismo articular agudo (*Arch. gén. de méd.*, tomo XIV, p. 223; 1827); pero son demasiado escasos los hechos referidos por este autor, para probar la eficacia de semejante tratamiento. Parece que puede prestar algun servicio auxiliando á las demas medicaciones, y sobre todo en el reumatismo crónico.

»Floyer ha preconizado los buenos efectos del baño frio: empezaba por sacar sangre y purgar, y luego sumergia al enfermo en un baño frio, aprovechando el momento en que no presentase la piel calor ni sudor. La duracion del baño era de dos á tres minutos (*Hist. de l'Acad. roy. des sc.*, p. 36; 1710).

»Naturaleza del reumatismo.—Los médicos antiguos que escribieron sobre el reumatismo, distinguiendo esta enfermedad de la gota, le atribuian una causa humoral. Celio Aureliano, aunque sectario acérrimo del metodismo, no pudo menos de decir que el reumatismo es una enfermedad aguda producida por el strictum, agregándole sin embargo, un ligero aflujo de humores «adjuncto levi humoris fluore». Alejandro de Tralles hablaba el lenguage de su tiempo y de los médicos que le habian precedido, cuando decia que el reumatismo difiere segun que es producido por el aflujo de un humor frio ó caliente, seco ó humedo. Hasta fines del último siglo casi no se admitió en la ciencia otra teoria relativamente al reumatismo y á la gota, que la que los refiere á una causa enteramente humoral. Creíase que el humor fluia de la cabeza, fijándose en las articulaciones debilitadas por cualquier causa. Sidenham adopta completamente la doctrina antigua, y al tratar de la gota ó del reumatismo habla á cada paso de materia morbífica que conviene evacuar, impedir que se fije en algunos puntos, etc. «En ocasiones recorre diversas partes del cuerpo sin detenerse ni

producir tumores ó calentura, pudiendo de este modo ocupar las partes internas y esternas, y atormentar á los pacientes durante mucho tiempo: tal es el *reumatismo escorbútico*» (ob. cit., cap. VI, p. 199; *Encyclopedie des sciences médicales*).

»Boerhaave y Van Swieten adoptan en todas sus partes esta teoria humoral del reumatismo, al que clasifican entre las enfermedades por fluxion «es decir, que lanzan á las partes la materia morbífica con gran dolor, y sin que haya en ellas de antemano ninguna lesion apreciable» (*Com.*, t. V, edic. cit., p. 598). Cuando la materia catarral desciende de la cabeza hácia las estremidades inferiores, hay *defluxion* ó catarro. Van Swieten asimila enteramente el flujo catarral de las articulaciones al que se verifica en el coriza, la angina y el catarro pulmonal (loc. cit.).

»Al tratar Fed. Hoffmann de establecer las diferencias entre la gota y el reumatismo, dice que en la primera la serosidad ácre y salina se insinúa entre las articulaciones; al paso que en el reumatismo esta materia serosa, salina y ácre, se adhiere á las membranas de los músculos y á las partes ligamentosas esteriores; de modo que la diferencia entre ambas enfermedades se halla especialmente en su asiento (*Opera omnia*, t. I, p. 298, en fól.; Ginebra, 1771).

»Cullen fue el primer nosógrafo que distinguió el reumatismo de la gota, dividiéndole en agudo y crónico, y considerándole como una flegmasia producida por el frio esterior. Obra este sobre los vasos de las articulaciones escasamente cubiertos de tejido celular, y determina en ellos una astriccion. Entonces se desarrolla el tono ó la diatesis inflamatoria, y produce una aceleracion de la circulacion, y por último dolor é inflamacion: «Parece, pues, dice Cullen, que la causa del reumatismo agudo es exactamente análoga á la de las inflamaciones que dependen de la estraordinaria cantidad de sangre que recibe una parte durante el tiempo que está espuesta á la accion del frio. Paréceme sin embargo, que en el reumatismo hay ademas una afeccion particular de las fibras musculares. Estas fibras ofrecen entonces cierto grado de rigidez que las inhabilita un tanto para el movimiento, sintiéndose dolor en ellas cuando se ponen en accion.» Vemos pues, que dejando á un lado la teoria del strictum, que con tanto calor sostenia Cullen, sus ideas sobre la naturaleza del reumatismo apenas difieren de las que profesamos en la actualidad, y que han recibido la mas inequívoca confirmacion de la anatomia patológica (*Elements de méd.*, t. I, p. 455, en 8.º; Paris, 1819). Todo cuanto ha escrito Cullen sobre la naturaleza del reumatismo y de la gota, y sobre las diferencias que separan estas dos enfermedades, podria muy bien figurar en las obras mas modernas.

»Stoll no cree que la *inflamacion reumática* sea una *verdadera inflamacion*, y hé aqui como esplica esta diferencia. «La inflamacion reumática es generalmente poco grave; termina por resolucion y no por crisis; no causa tan malos accidentes como la inflamacion verdadera cuando se fija en las vísceras, y se prolonga muchas semanas. Aunque en ocasiones puede la inflamacion reumática atacar una parte aisladamente, las mas veces se propaga á muchas» (*Méd. prat.*, trad. de J. Mahon, t. I, p. 84). Stoll sabia apreciar los principales caractéres de la flegmasia reumática, y la trataba por un conjunto de medios terapéuticos dignos del mayor elogio. Aunque puso en planta la medicacion propuesta primero por Sidenham, renunció á ella mas adelante como el mismo práctico inglés, y se fijó en un plan misto que le procuró muchas ventajas.

»Pinel considera el reumatismo articular como una inflamacion de los tejidos fibrosos (*reum. fibr.*). Gasc define la enfermedad del mismo modo, considerándola como un estado inflamatorio de las membranas fibrosas y de la espansion tendinosa, etc. (Mem. inserta en las *Mémoires de la societé médicale de emulation*, año 1803).

»Réstanos ahora examinar si el reumatismo es una inflamacion simple ó especial. En la actualidad se hallan divididos los médicos entre estas dos opiniones, y vamos á esponer los argumentos que se han presentado en favor de cada una de ellas.

»*El reumatismo articular es una inflamacion verdadera.*—Los hechos que se pueden alegar en favor de esta opinion, son los siguientes: 1.º las alteraciones halladas en el cadáver son de la misma naturaleza que las que pertenecen á todas las inflamaciones (inyecciones, coloraciones rojas, exudaciones, alteraciones del líquido sinovial en cantidad y calidad). Si la supuracion es mas rara que en las demas flegmasias, puede depender, como observa muy oportunamente Thirial, de que la irritacion es poco adherente en las membranas fibro-sinoviales, y de que se hace superficial en razon de su diseminacion, y de su asiento en tejidos densos y apretados, desprovistos de esa organizacion célulo-vascular que es la condicion favorable á la supuracion» (*Mém. sur le nature du rhum. art. aigu*; *Journ. des conn. médico-chir.*, n.º 4, p. 250, 1836). En efecto, la testura propia de los tejidos en que reside la inflamacion, esplica la escasez de casos de supuracion mucho mejor que pudiera hacerlo la naturaleza especial de la misma flegmasia. Por otra parte son bastante numerosos los ejemplos de supuracion articular; de manera que este argumento tiene poca fuerza.

»2.º El analisis de la sangre prueba del modo mas decisivo que el reumatismo articular es una inflamacion, *tan verdadera* como la neumonia, la pleuresia, y las demas afecciones inflamatorias, parenquimatosas y membranosas. La fibrina se eleva tanto en el reumatismo como en las demas flegmasias, y sigue to-

das sus fases, aumentando y disminuyendo segun sus diversos grados.

»3.° Cuando la flegmasia reumática pasa al estado crónico, determina alteraciones que se consideran como idénticas á las de la artritis simple. Luego veremos que las artritis crónicas que suceden á artro-reumatismos agudos, ofrecen todos los caractéres anatómicos del tumor blanco. En efecto, ¿como podrian distinguirse unas alteraciones anatómicas de otras, si estas enfermedades son enteramente parecidas, de igual naturaleza, y en una palabra, inflamaciones que solo se diferencian en su causa (artritis traumática, escrofulosa, etc.)? Si el artro-reumatismo no es la artritis espontánea ó *médica* «que se nos describa esta última flegmasia, dice con razon Thirial, porque no tendrán seguramente las membranas sinoviales un privilegio especial que las libre de padecerla como las demas serosas» (loc. cit., p. 232).

»4.° La fácil propagacion de la flegmasia reumática á otras membranas serosas, y especialmente á las del corazon y á la pleura, es un hecho patológico que hace ver que la naturaleza del reumatismo es idéntica á la de la flegmasia de las túnicas serosas. Cuando el reumatismo se fija en estas, determina iguales alteraciones que las flegmasias comunes. Preciso es pues admitir, que aun cuando se desarrolle la flogosis de las serosas bajo el imperio de la diatesis reumática, es de la misma naturaleza que cuando sobreviene espontáneamente en otras circunstancias patológicas.

»Empero, aunque tratemos de probar que el reumatismo articular es una verdadera inflamacion, no podemos menos de conocer que ofrece caractéres particulares, que se atribuirán si se quiere á la testura de los tejidos ó á la naturaleza propia de la flegmasia, pero que ante todo estan subordinados á las leyes generales de todas las inflamaciones. Ciertas flegmasias tienen el carácter de determinar rápidamente la secrecion de falsas membranas (difteritis), de pus (tejido celular, parenquimas), de permanecer superficiales y difusas (eritema, erisipela), de propender á la ulceracion, al reblandecimiento, etc.; por qué, pues, no podrá el reumatismo tener algo de especial, sin dejar por eso de reunir todos los caractéres de las inflamaciones?

»Indicadas ya las diversas consideraciones que prueban que el reumatismo pertenece á la gran clase nosográfica de las flegmasias, veamos en qué consisten los caractéres particulares de la inflamacion reumática.

»1.° Se *disemina* en gran número de articulaciones y aun propende á pasar á las membranas serosas de las cavidades esplánicas. A esta difusion se refiere la desaparicion repentina de la flegmasia, abandonando las articulaciones primitivamente afectas, y trasladándose á otras. Las variaciones de asiento del reumatismo, se han esplicado por una especie de revulsion, ejercida sobre las primeras inflamaciones por las que se desarrollan despues en otros puntos; y tambien se han atribuido á la simpatia, á la continuidad y á la contigüidad de los tejidos. Sea lo que quiera de estas esplicaciones, lo cierto es que el reumatismo se halla caracterizado por la diseminacion y la movilidad de las flegmasias.

»2.° La flegmasia artrítica se conduce, como ha observado Thirial (mem. cit., p. 222), de un modo análogo á las flegmasias erisipelatosas ó *fluxiones*. Sin embargo, ademas de la congestion superficial no tarda en sobrevenir una lesion de secrecion en las membranas afectas, y entonces la inflamacion adquiere mas *fijeza*, no varia de sitio, acaba de recorrer sus fases y termina por resolucion ó por el paso al estado crónico. La supuracion es rara, y en esto se distingue esencialmente la flogosis reumática de la de las demas serosas.

»3.° Los síntomas y el curso de la enfermedad ofrecen notables variaciones, y no esos períodos fijos y distintos que presentan las demas flegmasias. No hablamos ahora de los casos en que estas variaciones proceden de una inflamacion interna, sea del endocardio ó sea de otra víscera.

»4.° La frecuencia de las recidivas de la inflamacion es tambien un caracter particular que no se encuentra en tan alto grado en las demas enfermedades.

»5.° Se ha hablado de una causa específica, de un principio reumático. Ante todo es preciso dejar á un lado la gota, respecto de la cual pudiera hacerse intervenir con alguna verosimilitud un principio específico; pero en cuanto al reumatismo es muy disputable esta condicion patogénica. Bien puede admitirse la trasmision por herencia de una disposicion á contraer el reumatismo, puesto que se apoya en un número de hechos bastante considerable; pero hay mucha distancia de esta predisposicion, que se observa respecto de otras muchas enfermedades, á la existencia de una diatesis innata y reumática. La accion evidente y bien establecida del frio sobre el desarrollo del reumatismo es un hecho comun á esta afeccion y á algunas otras inflamaciones que nada tienen de especial, como la neumonia, la pleuresia y la angina.

»En resúmen, creemos que el reumatismo es una *inflamacion verdadera de las membranas sinoviales*; *inflamacion que tiene todos los caractéres comunes á las flegmasias*; *pero ademas posee otros que pueden atribuirse á la testura, á las funciones, y á las simpatias de los tejidos en que residen*.

»Se ha considerado al reumatismo como una neurosis; pero en el dia nadie sostiene esta opinion respecto del reumatismo articular (véase *Reumatismo muscular*). Stahl suponia que era una forma hemorrágica. Chomel le tiene por una enfermedad *sui generis*, y no por una inflamacion propiamente dicha (obra citada, página 439).

»CLASIFICACION.—Sauvages colocó el reumatismo entre las afecciones dolorosas (cl. VII, *dolores*; ord. 1, *vagi*). Vogel le clasificó de la misma manera (cl. VII, *dolores*). Ya hemos visto que Cullen fue quien marcó su verdadero asiento en la nosografia, incluyéndole entre las inflamaciones (ord. 2); Pinel, Bichat y Gasc le consideran como una inflamacion de los tejidos fibrosos.

§. 2.° *Reumatismo articular crónico.*

»DEFINICION.—Decir que el reumatismo articular crónico es la inflamacion crónica y por causa interna de las articulaciones, es dar una definicion que nada espresa. En efecto, cómo se distinguirá esta artritis reumática de las que á cada paso tiene que tratar el cirujano procedentes de causas esternas ó internas? ¿Pertenecen, ó no, á la historia del reumatismo las enfermedades articulares á que se ha dado el nombre de tumores blancos? Bouillaud contesta afirmativamente. «Las lesiones, dice este autor, que deja en pos de sí el reumatismo articular prolongado, son esencialmente las que se encuentran en las afecciones quirúrgicas, vulgarmente designadas con los nombres de tumores blancos y de anquilosis» (ob. cit., p. 224). Cruveilhier cree tambien que «el reumatismo ofrece todas las terminaciones posibles de la inflamacion, y en particular la supuracion y las degeneraciones de tejido conocidas con el nombre de tumores blancos» (*Anat. path du corps humain*, 4.ª entrega). Las alteraciones cadavéricas que asigna Chomel al reumatismo crónico en las observaciones que cita (*Leçons orales*, p. 342, 20, 21 y 22), son enteramente parecidas á las que se encuentran en ciertos tumores blancos, por mas que trate de distinguir estas últimas del reumatismo articular crónico (loc. cit., p. 339); pues las diferencias que indica son insuficientes. Segun este autor, que confunde la gota con el reumatismo, se encuentran en la forma crónica concreciones tofáceas alrededor de las articulaciones.

»En vista de tan diversas opiniones sostenidas por concienzudos observadores, dificil es decir en qué consiste el artro-reumatismo crónico. Sin embargo, creemos aproximarnos todo lo posible á la verdad, considerándole como la forma crónica de la flegmasia reumática, que despues de haberse manifestado una ó muchas veces sin dejar huellas de su paso, se ha fijado al fin en un punto á causa de la predisposicion ó de condiciones morbosas particulares. Resulta entonces una ó muchas de esas graves alteraciones que se ha convenido en designar con el nombre de *tumores blancos* (induracion, supuracion, erosion de los cartílagos, etc.). No hay razon alguna para que no procedan del reumatismo crónico cierto número de tumores blancos, puesto que vemos provenir de causas muy variadas las flegmasias agudas y crónicas de las demas membranas serosas.

»*Alteraciones cadavéricas.*—La flegmasia crónica que primitivamente se fija en la membrana sinovial, produce luego otras lesiones en las partes constituyentes de la articulacion. Vamos á hacer una reseña de ellas.

»Chomel refiere un caso interesante de reumatismo crónico, en el cual ofrecian ambas articulaciones escápulo-humerales una alteracion profunda de la membrana sinovial y de los huesos. La membrana estaba levantada y desprendida del húmero, y ademas atravesada por agujeros desiguales perfectamente circulares y muy numerosos; en otros puntos se hallaba enteramente destruida (obs. 20). No siempre se detiene la ulceracion en esta membrana, sino que suele invadir los cartílagos completa ó parcialmente. «En la parte superior é interna de la cabeza del fémur habia, dice Chomel, una ulceracion que ocupaba la membrana sinovial y el cartílago, pero sin haber destruido todo el grueso de este, de modo que no estaba descubierto el hueso. El cartílago se hallaba carcomido desigualmente, presentando un aspecto rugoso en la porcion alterada. Las partes inmediatas á la ulceracion ofrecian un color rojo lívido, que se desvanecia por grados; la cavidad cotiloidea se hallaba un poco roja, y presentaba por debajo del ligamento inter-articular una úlcera mas profunda que la primera, en la cual estaba descubierto el hueso» (*Leçons de clin. méd.*, p. 348). El doctor Ballot, de Gien, ha creido hacer una observacion nueva, diciendo haber encontrado alteraciones análogas en un sugeto muerto de reumatismo crónico (*Rap. de M. Gerdy sur un rhum. inflamn. aigu*, etc., publicado en *l'Experience* núm. 136, p. 8 y 137, p. 97; 1840). La cabeza del fémur estaba desprovista de su cartílago, y aun de su corteza huesosa, hallándose descubierto el tejido esponjoso. «Nada mas comun, dice Gerdy, que encontrar en la autopsia de los tumores blancos, el cartílago diartrodial perforado y cubierto en parte de fungosidades. Otras veces está el cartílago adelgazado y como una hoja de pergamino, y la superficie de la corteza huesosa articular se halla cariada, carcomida y acribillada de aberturas, por las cuales comunica el tejido célulovascular interior del hueso con el tejido subdiartrodial: en este estado me ha sucedido encontrar el cartílago flexible, desprendido y movible sobre la cabeza del hueso, de la cual era fácil desprenderle» (Informe citado, pág. 83). Richet ha encontrado tambien y descrito con muchos pormenores estas alteraciones de la membrana sinovial y de los cartílagos (*Rech. sur les tumeurs blanches*; *Annales de la chir. franc. et etrang.*, p. 176 y sig.; junio 1844). No podemos insistir mas en la naturaleza y causas de estos desórdenes, porque seria abordar cuestiones que pertenecen á la cirujía, y cuyos diversos elementos son demasiado nume-

rosos para que pudieran indicarse en este lugar. Sin embargo, recordaremos que algunos autores sostienen que los cartílagos diartrodiales nunca son asiento de un trabajo flegmásico, y que el reblandecimiento y la ulceracion que en ellos se encuentran muy rara vez son primitivos, sino procedentes de afecciones de la membrana sinovial ó de los huesos (Richet, mem. cit., p. 174). Otros afirman que pueden los cartílagos inflamarse, ulcerarse y destruirse, como todos los tejidos organizados y vivos.

»Diremos, pues, para reusumir las alteraciones que tienen su asiento en la membrana sinovial y los cartílagos, que consisten en ulceraciones, en perforaciones completas de la primera de estas túnicas; en el desgaste, desprendimiento y destruccion de los cartílagos, y últimamente, en la destruccion de la corteza delgada y articular de los huesos.

»Hállanse á veces en lugar de los cartílagos pezoncillos carnosos que han vegetado sobre la sustancia ósea. Segun Bouillaud, los ligamentos inter-óseos é inter-articulares participan de las diversas lesiones de las sinoviales, y pueden estar corroidos, reblandecidos, y aun á veces enteramente destruidos (ob. cit., p. 225).

»Altéranse tambien las estremidades huesosas; se hipertrofian; se adelgaza y perfora su capa esterior, ó se halla levantada por fungosidades subyacentes; en cuyo caso el trabajo morboso procede á menudo de dentro á fuera, es decir, desde el hueso hácia lo interior de la articulacion, donde caen esquirlas, una especie de polvo huesoso, y los cartílagos desprendidos, adelgazados ó arrollados sobre sí mismos. Las caries, las necrosis, las secreciones del periostio, la eburnificacion de las estremidades huesosas, son los desórdenes mas graves que traen en pos de sí los artro-reumatismos crónicos muy antiguos. Thurnam ha observado y descrito una atrofia escéntrica del aparato huesoso, en un sugeto cuyas principales articulaciones estaban anquilosadas á consecuencia de un reumatismo crónico (est. de los per. ing., en *Gazette médicale*, p. 779; 1828).

»Por último, las superficies ulceradas contraen adherencias; se sueldan los huesos entre sí, y se establecen de este modo anquilosis completas, que constituyen la última fase de esas enfermedades llamadas tumores blancos, cuya causa primera es la inflamacion. «Si se considera por un lado, dice Richet, que las enfermedades de la sinovial, que ocupan una buena parte del cuadro de las artropatias, no resultan de ninguna causa especial, sino que dependen como las afecciones de las demas serosas de inflamaciones agudas ó crónicas, y por otro que los tumores blancos que tienen su punto de partida en los huesos, proceden casi siempre de osteitis, y rara vez de tubérculos, cáncer ú otras degeneraciones; habremos de admitir naturalmente, que la inmensa mayoria de los tumores blancos son en su orígen de naturaleza esencialmente inflamatoria» (el mismo art., p. 185). Suscribimos á esta opinion en cuanto concierne á la sinovitis reumática, porque en efecto, esta inflamacion crónica da por desgracia lugar á cierto número de tumores blancos.

»El tejido celular que rodea las articulaciones enfermas se halla hipertrofiado, indurado y algunas veces infiltrado de pus y de serosidad; tambien existe dentro de la articulacion un líquido formado por sinovia, por pus, y en ocasiones por sangre. El estudio de estos desórdenes pertenece á la historia de los tumores blancos. En cuanto á las concreciones cretáceas, tofáceas, y á los diferentes depósitos salinos que se forman alrededor de las articulaciones y en las vainas tendinosas, los describiremos al tratar de la gota, que es en nuestro concepto una enfermedad enteramente distinta del reumatismo, asi agudo como crónico.

»Síntomas.—Puede el artro-reumatismo suceder á la forma aguda, cuando esta se resuelve incompletamente y se prolonga perdiendo mucha parte de su intension, y durando un tiempo indefinido; y tambien puede establecerse desde luego y de una manera primitiva. en ambos casos ofrece iguales síntomas. Unas veces es mono otras poli-articular. Hagamos una rápida descripcion de estas diferentes formas.

»*Signos artríticos*.—Cuando el reumatismo es poli-articular, siente el enfermo dolores vagos en muchas articulaciones; la rubicundez y el calor son nulos; segun Bouillaud, nunca falta la tumefaccion en el verdadero reumatismo crónico (loc. cit., p. 25). Pero esta asercion es seguramente demasiado absoluta. No existe hinchazon en muchos sugetos afectos de reumatismo, que solo se quejan de esperimentar dolor al tiempo de mover las articulaciones afectas; todavia pueden andar; entregarse á algunas ocupaciones, y pasar diariamente á los hospitales á tomar los baños de vapor que se les prescriben para curarlos: á menudo reemplaza al dolor una sensacion de *frescura*. Se aumentan los dolores y la sensacion de frio cuando no se hallan las articulaciones suficientemente protegidas por vestidos de lana, y disminuyen con el calor (Cullen, loc. cit., p. 442). La presion ejercida sobre las articulaciones enfermas determina poco dolor; muchas veces no se nota en ellas mas que *tirantez*, es decir, que los ligamentos y las diversas partes de la articulacion estan menos sueltos y flexibles que en el estado normal.

»Tales son los síntomas del reumatismo articular crónico en el grado mas leve. Cuando es mas intenso, suele ser dificil establecer una línea de demarcacion entre él y el reumatismo agudo (Cullen, loc. cit.). Los movimientos son dificiles y aun imposibles, los dolores fuertes Obsérvase tambien una tumefaccion notable de la articulacion, sobre todo cuando el reuma-

tismo se fija en una sola coyuntura. Entonces es cuando se notan todos los signos del tumor blanco, que no es nuestro intento describir. Nos limitaremos á los principales síntomas que hemos advertido en muchos sugetos en quienes el reumatismo mono-articular crónico tardó mucho tiempo en pasar al estado de tumor blanco. En la muñeca, y sobre todo en la izquierda, es donde especialmente le hemos visto, y la misma observacion ha hecho tambien el autor de un interesante escrito sobre el *reumatismo articular fijo en una sola articulacion* (*Gaz. méd.*, p. 126; 1833); quien ha reunido 11 casos de este género, hallándose en 10 de ellos afectada la muñeca izquierda, y en uno solo la articulacion húmero-cubital del mismo lado: entre los 10 casos habia 8 mujeres y 2 hombres. Uno de nosotros ha recogido 4 casos análogos que recayeron en mujeres, y en los que se hallaban igualmente interesados la muñeca y el hombro. El doctor Smith cita 11 ejemplos de reumatismo crónico de la articulacion temporo-maxilar. Ora es mas profunda la cavidad glenoidea, y ora está rellena por el cartílago inter-articular; en algunos casos desaparece este con los progresos del mal; el cóndilo se desfigura tambien notablemente y se hipertrofia (*Gaz. méd.*, p. 452; 1843).

»Los autores, ó describen incompletamente el reumatismo crónico, ó esplican bajo este nombre las concreciones tofáceas y los vicios de configuracion producidos por la gota. Cuando ya hace algun tiempo que padecen las articulaciones, y se les imprimen movimientos voluntarios ó comunicados, se percibe una crepitacion, un ruido de frote, debido al contacto de las estremidades articulares, que se han puesto desiguales, rugosas, ó al menos han perdido su natural pulimento. Muchas veces hemos comprobado estos síntomas en la muñeca y la rodilla. Bouillaud dice que estos ruidos de frote van acompañados de un estremecimiento vibratorio, sordo, que se percibe aplicando la mano alrededor de la articulacion (loc. cit., página 252).

»Los movimientos espontáneos ó comunicados determinan dolores escesivamente agudos, que hacen á los enfermos prorumpir en gritos, y que tambien se perciben por la simple presion ejercida sobre el sitio afecto. Al propio tiempo existe una hinchazon, que en gran parte depende del derrame de líquido sinovial mas ó menos alterado, y en parte tambien de la tumefaccion de los tejidos adyacentes, y de la infiltracion serosa del celular. Esta es muy manifiesta en la muñeca, estendiéndose al metacarpo y á los dedos. Cuando la afeccion reside en la articulacion del antebrazo con la mano, puede no existir rubicundez en la piel, y sin embargo, se siente tocando la muñeca que su temperatura está mas elevada que en el estado normal. Tambien perciben los sugetos en la coyuntura afecta una sensacion de calor interno.

»Las articulaciones en que mas generalmente reside el reumatismo crónico, son la muñeca, los maleolos internos y esternos, la rodilla, el hombro, el pulgar y los dos primeros dedos de la mano: ya hemos dicho que tampoco está exenta la articulacion témporo-maxilar.

»*Síntomas generales.* — Cuando el estado crónico reemplaza definitivamente al agudo, cesa la calentura y se reduce la enfermedad á la lesion articular, con tal que no sea grande el número de articulaciones afectas, ni el mal esté muy adelantado; porque cuando existen ya algunas de las alteraciones que anteriormente hemos descrito (v. *Anat. patol.*), aparece el dolor y no tarda en presentarse una calentura continua con exacerbacion cotidiana. Muchas veces resulta esta fiebre de la endocarditis y demas enfermedades del corazon, que han tomado orígen en el período agudo ó durante el desarrollo del artro-reumatismo crónico. Este último caso es bastante raro, sobre todo en el reumatismo mono-articular.

»El curso del reumatismo crónico es muy distinto del de la flegmasia aguda. Los síntomas artríticos, lejos de ofrecer esa gran movilidad que tan comun es en esta última forma de la inflamacion, son por el contrario muy fijos, observándose solo bastante á menudo una exacerbacion marcada por las tardes ó las noches. La duracion del mal es generalmente larga, pudiendo llegar á cuatro ó cinco meses, y aun pasar de este término. No pocos enfermos tardan largos años en curarse, y todos están muy espuestos á recidivas.

»Cuando el reumatismo es leve, se alivian los enfermos con el calor de la cama y el reposo absoluto. Por el contrario, se agravan mucho y se reproducen los dolores con el frio. Créese que los sugetos propensos al reumatismo se impresionan tanto con las vicisitudes atmosféricas, que podrian predecirlas como un barómetro. Aunque esta asercion sea bastante exagerada, debemos confesar que los diferentes grados de humedad y de frio obran muy luego sobre los tejidos doloridos de las articulaciones.

»Diagnóstico.—Imposible nos parece establecer una distincion precisa entre el reumatismo crónico y los tumores blancos que suceden al agudo, ó que bajo la influencia de las mismas causas que este se desarrollan de una manera crónica. La única distincion anatomo-patológica que nos parece de algun valor, se deduce del asiento primitivo de la lesion: la membrana sinovial es el punto de partida de los tumores blancos, que de buen grado llamariamos reumáticos para indicar su causa; pero los que provienen de la osteitis deben colocarse en otra categoria, siendo entonces la enfermedad de la sinovial, de los cartílagos y de los tendones, consecutiva á la afeccion del hueso.

»La gota se conocerá fácilmente: 1.° en su asiento especial en las articulaciones pequeñas de la mano, y especialmente del pie; 2.° en

las concreciones tofáceas y en el cambio singular de la forma de los dedos; 3.° en que no da lugar á las alteraciones propias de los tumores blancos; 4.° en su curso por accesos ó paroxismos; 5.° en la ausencia casi constante de síntomas generales análogos á los del tumor blanco; 6.° y últimamente, en la naturaleza de las causas particulares que la producen.

»La artralgia saturnina puede simular el reumatismo á causa de la falta de rubicundez y de movimiento febril, y de la exacerbacion de los dolores. La causa especial del dolor saturnino, la ausencia de alteraciones anatómicas en las articulaciones, y la eficacia del tratamiento usado en semejantes casos (purgantes, baños sulfurosos), bastarán para distinguir la afeccion saturnina.

»Se diferenciarán los dolores reumáticos de los sifilíticos, por el asiento que ocupan en una y otra enfermedad: en la sífilis afectan mas especialmente el cuerpo de los huesos; son mas frecuentes de noche que de dia, y no van acompañados de los síntomas artríticos que hemos espuesto, ni de cambios de forma de las articulaciones, al menos en tanto grado como en el reumatismo. La duracion y el curso del mal, sus causas presumibles, y el tratamiento, servirán tambien para establecer el diagnóstico.

»Pronóstico.—El reumatismo crónico es siempre una afeccion, que sin esponer por de pronto la vida de los enfermos, les hace penosa la existencia, ya por lo difícil que es librarlos completamente de la enfermedad articular, ya por la frecuencia de las recidivas. En el reumatismo mono-articular es mas grave el pronóstico, porque muchas veces degenera la enfermedad en tumor blanco. Ultimamente, para establecer el pronóstico, es preciso tener en cuenta la coincidencia de las afecciones del corazon, la duracion de la enfermedad, y los síntomas generales y de consuncion que pueden existir.

»Tratamiento.—A. *Tratamiento profiláctico.*—Como el reumatismo crónico está sugeto á recidivas, y deja en pos de sí, aun en los casos en que han tenido los enfermos la suerte de librarse enteramente de él, una escesiva sensibilidad á las influencias atmosféricas, importa prescribir con todo rigor el tratamiento higiénico que hemos trazado (v. *Reumatismo agudo*). Sabido es que las ropas de lana y las pieles, aplicadas sobre el tegumento esterno, son las únicas que pueden preservar del enfriamiento, debiendo conservarse toda la vida. A este medio se agregarán todos los demas estímulos de que hemos hablado, como propios para escitar las funciones perspiratorias de la piel. Los baños de aguas termales, de vapor, alcalinos, etc., son útiles para evitar que vuelva el reumatismo; pero como tambien sirven para curar la enfermedad, pertenece su estudio al tratamiento curativo.

»B. *Tratamiento curativo.*— 1.° *Tratamiento esterno.*—Constituye la parte esencial del tratamiento del reumatismo crónico, y consiste sobre todo en el uso de agentes terapéuticos que irriten mucho la piel, ó que la esciten no tan enérgicamente, pero de un modo mas contínuo. Entran en la primera categoria los rubefacientes, los vejigatorios, las moxas y la acupuntura, y en la segunda las fricciones, los baños, la arenacion y la hidrosudopatia.

»Es raro que haya necesidad de acudir á las emisiones sanguíneas generales y locales; sin embargo, pueden convenir estas últimas cuando son violentos los dolores, y cuando pasa la flegmasia del estado agudo al crónico. Los principales agentes terapéuticos en que conviene insistir para combatir el reumatismo crónico de corta y mediana intension, son los vejigatorios y los baños simples ó medicinales. Cuando es buena la constitucion del enfermo, y no se agrega á la afeccion articular ninguna condicion morbosa general, se triunfa de ella generalmente, aunque por lo comun tardando mucho tiempo.

»*Vejigatorios y moxas.*— Los vejigatorios deben aplicarse sobre la articulacion enferma y tener grandes dimensiones, á menos que continúe en mayor ó menor grado, ó vuelva á presentarse, la reaccion febril. Se coloca primero vejigatorios volantes que se sucedan rápidamente unos á otros, sin decidirse á dejarlos persistentes, hasta cerciorarse de que no se modifican los síntomas locales, haciéndose preciso obtener una supuracion duradera. En este caso es mejor usar las cauterizaciones transcurrentes con el hierro candente ó el moxa. El doctor James Bayle dice haber obtenido buenos resultados de la aplicacion del moxa á cierta distancia. Quiere que se inflame el moxa por ambos lados, y que durante la combustion se le mantenga á pulgada y media de la piel, separándole ó acercándole segun la impresion que produzca el fuego, el cual no ha de escitar mas que un ligerísimo dolor (*On the moxa*; Lond., 1825; y en *Arch. gén. de méd.* t. XVI, p. 252; 1828). Tambien tienen aplicacion los cauterios con la potasa y el ácido nítrico, cuando se quiere producir una supuracion profunda y contínua sin dolor. Entrar en mas pormenores sobre los revulsivos y el modo de aplicarlos, seria invadir la historia de los tumores blancos.

»Háse propuesto asimismo la acupuntura simple ó con el aumento de actividad que le prestan la electricidad y el galvanismo (electro y galvano-puntura). Hacen mal los prácticos en descuidar esta medicacion, que se ha preconizado mucho, y en efecto puede ser utilísima en los reumatismos crónicos y apiréticos (Poma y Arnaud, *Journ. de Vandermonde*, tomo LXXII y LXXIII; 1787).

»Nos contentaremos con mencionar las fricciones secas hechas con cepillo ó lana, la aplicacion del calórico con un cauterio presentado á distancia; las fricciones con un agua espiri-

tuosa y aromática, con los bálsamos de Opodeldoc y de Fioraventi, y los aceites cargados de alcanfor ó de un principio narcótico, los emplastos compuestos de sustancias mas ó menos sedantes, y todos los tópicos que calman los dolores ó escitan la piel en mayor ó menor grado (emplasto de pez de Borgoña, de jabon; pomada amoniacal, estibiada, etc.).

»*Baños simples.* — Deben administrarse á una temperatura de 36 á 40.° centígrados, y con cortos intervalos. Las fricciones, el amasamiento, y las diferentes maniobras que se usan en los baños orientales y se practican en la actualidad en la mayor parte de los establecimientos públicos de París, aumentan mucho su eficacia, y no se concibe cómo no los recomiendan los médicos mas á menudo á los enfermos que tienen medios para costearlos.

»Se han elogiado los buenos efectos de los baños de agua comun á 36.° centígrados, prolongados dos ó tres horas. Briquet dice haberlos visto curar tres casos de artritis crónica (*Bull. de therap.*, t. XV, p. 212).

»*Baños compuestos.*— Se los ha preparado con las sustancias mas diversas: emolientes, narcóticas, de naturaleza animal, etc. (baños de malvavisco, de linaza, de salvado, de cabezas de adormidera, de yerba mora, de beleño, de cicuta, etc.; de gelatina, de tripas, de orujo, de heces de vino, vapores de animales recien degollados, etc.).

»*Baños de vapor acuoso.* — Gozan de una reputacion popular, no inmerecida generalmente hablando. En efecto, pocos tratamientos esternos producen mas curaciones, y cuando no bastan á disipar enteramente los dolores y la tumefaccion articulares, alivian mucho á los enfermos y les permiten volver á sus ocupaciones. Adviértase sin embargo, que solo tienen cierta eficacia los baños de vapor en la artritis crónica diseminada en muchas articulaciones, y en las que no existe mas que una tumefaccion mediana de los tejidos peri-articulares, y dolores moderados que se manifiestan especialmente durante la estacion vertical y la progresion. Tambien son útiles estos baños cuando se agregan al reumatismo articular dolores en los músculos y en los tejidos fibrosos y tendinosos. Pero no ejercen accion alguna en la artritis que degenera en tumor blanco, alterándose profundamente los huesos y las superficies articulares.

»Se puede activar mas el vapor de agua, cargándole de principios aromáticos á beneficio de plantas secas (salvia, melisa, romero y casi todas las de la familia de las labiadas), de la brea y de sustancias resinosas balsámicas.

»Los *chorros* son tambien un grande auxilio en esta enfermedad.

»Son útiles los baños de *vapor sulfuroso*, cuando el vapor de agua no determina suficiente estímulo en los tegumentos esteriores. El *baño de aire caliente* se emplea rara vez; sin embargo, su accion es enérgica y provoca abundantísimos sudores. Se puede dirigir á las articulaciones enfermas vapores secos, mezclados con el producto de la combustion de sustancias vegetales y minerales, colocadas en un aparato conveniente. No es tan segura la accion curativa de las *fumigaciones* aromáticas como la de los vapores acuosos y sulfurosos.

»Los *baños sulfurosos*, *sulfuro-gelatinosos*, *alcalinos* y *jabonosos*, prestan grandes servicios en el reumatismo crónico; pero todavia no se ha determinado bien los casos en que convienen con mas especialidad. Nos ha parecido que cuando la piel está habitualmente seca, y la perspiracion disminuida y reducida á la transpiracion insensible, conviene asociar á los baños alcalinos el vapor acuoso.

»Por lo demas, conviene recordar que no se debe prescribir indiferentemente y á la ventura estas diversas especies de baños, como suele suceder con sobrada frecuencia. El trivial precepto de hacer transpirar mucho en la artritis crónica no puede aplicarse á algunos enfermos irritables, que con los baños de vapor sienten una escitacion penosa y duradera; ni á los pletóricos, ni por último á aquellos que tienen calentura, y cuya salud general está alterada.

»*Aguas termales.*—Los baños de aguas termales tomados en el manantial, convienen sobre todo á los enfermos que han padecido largo tiempo y en diversas ocasiones dolores reumáticos. No deben dejar pasar muchas temporadas sin volver á someterse á una medicacion que suele surtirles muy buenos efectos, y que despues de contribuir á retardar los ataques de reumatismo, acaba en ocasiones por curarlos radicalmente.

»Muchas aguas termales sulfurosas y salinas tienen fama de ser muy provechosas en el reumatismo crónico. La escitacion producida en la piel por la temperatura, y mas especialmente por los principios sulfurosos, es una de las principales causas á que debe atribuirse la saludable accion de los baños. Buena prueba son de esta notable escitacion las erupciones que frecuentemente sobrevienen en la piel á consecuencia del uso de ciertas aguas: la administracion interior de estas contribuye á restablecer la salud. Ya se deja conocer que no puede darse regla alguna general para el uso de las aguas termales; pues se hallan subordinadas á las innumerables circunstancias patológicas que acompañan á la enfermedad de las articulaciones. Al práctico toca modificar en cada caso la prescripcion de las aguas, que no pueden declararse útiles ó nocivas de un modo general y absoluto.

»E. *Baños mercuriales.* — Trousseau, que habia usado al principio los baños de sublimado corrosivo en el tratamiento del reumatismo agudo, los ha reservado despues para el crónico, asegurando que no conoce medicacion mas eficaz. Para los adultos manda disolver en el baño dos á ocho dracmas de sublimado,

haciendo que tome el enfermo uno diario ó cada tercer dia, hasta que se inflamen un poco las encias (*Traité de therapeutique*, t. II, p. 107, en 8.°; Paris, 1837). Wedeking y Recamier han preconizado el baño mercurial. Bonnardel, que ha estudiado mucho este tratamiento, aconseja como Recamier el baño con media onza de sublimado, y le añade igual cantidad de clorhidrato de amoniaco (*Journ. des conn. médico-chirurg.*, p. 50, núm. 2; 1834). Bonnardel habla tambien de fumigaciones de sulfuro rojo de mercurio á la dosis de 20 granos á dos dracmas para cada una, haciéndolas durar un cuarto de hora. Deberá ensayarse la medicacion hidrargírica en los reumatismos en que hayan sido inútiles los demas tratamientos. Se puede auxiliar con algunas dosis de calomelanos la accion de los baños mercuriales.

»La *hidroterapia* hará con el tiempo grandes servicios en el tratamiento del reumatismo crónico, con tal que dirija un profesor la medicacion, y la aplique á enfermos que puedan sufrirla sin inconveniente.

»F. La *compresion*, hecha metódicamente sobre articulaciones poco doloridas, y cuando los tejidos circunyacentes estan infiltrados, blandos y sin vitalidad, puede ser muy ventajosa favoreciendo la resolucion que se procura obtener por un tratamiento interno. La compresion obra sobre la circulacion capilar de los tejidos, imprimiéndole una actividad que acelera la resolucion, y mantiene la articulacion afecta en una inmovilidad que debe siempre prescribirse cualquiera que sea el tratamiento que se elija.

»G. Las *fricciones mercuriales* han sido útiles en casos en que de nada habian servido los demas medios curativos (véase *Reumatismo agudo*).

»2.° *Tratamiento interno*. — A. *Sudoríficos*.—La mayor parte de los médicos han prodigado en el tratamiento de la artritis crónica los sudoríficos de todas especies, á fin de favorecer la produccion de sudores, que se escitan con mas seguridad por baños de vapor. Los medicamentos mas usados son los cocimientos de zarzaparrilla, de sasafras, de guayaco, los principios estractivos sacados de estos leños, el cocimiento de corteza de sauco, los polvos de Dower, y el arrope de sauco tan elogiado por Quarin. Ningun hecho positivo prueba la eficacia de estos sudoríficos; pues en los casos en que se ha creido que eran útiles, tomaban los enfermos al propio tiempo baños de vapor.

»B. *Purgantes*.—Muchas veces es útil establecer una derivacion hácia el conducto intestinal, con tal que la integridad de este aparato permita el uso de los purgantes. Prefiérense los purgantes irritantes ó drásticos, que se dan con intervalos mas ó menos largos: tal es el modo de obrar de la tintura de colchico, de las píldoras de Lartigue, y tal vez de otras muchas drogas, que se han preconizado sucesivamente, y que deben su voga á la accion derivativa que ejercen sobre los intestinos, y no á propiedades ocultas y específicas. En los casos en que es la enfermedad menos inveterada, y los síntomas artríticos poco intensos, basta prescribir purgantes suaves á dosis moderadas y de un modo contínuo. Los calomelanos satisfacen bastante bien esta indicacion, y ejercen ademas una accion alterante saludable; pero tienen el inconveniente de producir la salivacion.

»C. *Narcóticos*.—El opio y el clorhidrato de morfina son útiles para calmar los dolores, agudísimos á veces, que sienten los enfermos cuando la flegmasia afecta una sola articulacion, y cuando existen exacerbaciones cotidianas é insomnio. A beneficio de la aplicacion de una sal de morfina sobre la articulacion afecta, por el método endérmico, se han desarraigado dolores que habian resistido á las demas medicaciones. Sin embargo, es raro que con solo esta aplicacion se consiga curar el mal.

»D. El *sulfato de quinina*, por confesion de los mismos médicos que mas han preconizado sus efectos, es impotente contra el reumatismo mono-articular crónico. Todavia ejerce alguna accion contra el reumatismo poli-articular crónico, consiguiendo en ocasiones suspender momentáneamente los dolores; pero vuelven estos á presentarse por punto general en cuanto se deja de dar el medicamento. Hemos tenido muchas ocasiones de observar estos efectos del sulfato de quinina, el cual solo es útil en los casos en que se observan exacerbaciones cotidianas. Se han usado asimismo bastante á menudo en el reumatismo crónico las preparaciones de acónito y de colchico, cuyos efectos hemos indicado ya en otro lugar (véase *Reumatismo agudo*).

»E. *Mercuriales*.—Se ha administrado para combatir el reumatismo antiguo, los calomelanos á dosis contínuas, asociados á veces con las fricciones ó baños mercuriales, con los polvos de Dower, con los sudoríficos, etc.

»F. *Bromo*.—Fournet ha ensayado el bromo en cuatro casos (*Bull. de ther.*, t. XIV, página 87; 1838), administrándole en pociones á la dosis de 2 á 60 gotas, y esteriormente bajo la forma de mistura alcohólica, en fricciones sobre las articulaciones enfermas. «Los hechos que presento, dice el autor, son demasiado escasos para que pueda sacarse de ellos conclusion alguna general relativamente al valor terapéutico del bromo en las artritis crónicas; pero al menos son suficientes para provocar nuevos ensayos.»

»G. *Ioduro de potasio*.—Bouyer de Manennes ha deducido de sus investigaciones, que el ioduro de potasio es un remedio de comprobada eficacia en el tratamiento del reumatismo articular, de la periostitis crónica y aun á veces del reumatismo articular agudo, sobre todo cuando se ha usado antes un tratamiento antiflogístico con poco ó ningun éxito. Prueba bien este medicamento, tanto en los casos simples, co-

mo en los complicados con infeccion sifilítica. La dosis de ioduro de potasio puede elevarse desde el principio del tratamiento de 5 á 8 granos diarios y gradualmente hasta 1 y 1 1/2 dracmas, y aun mas, asociándole con una corta cantidad de una preparacion opiada (*De l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire* en *Gaz. méd.*, p. 486, 1842.) El doctor Aubrun ha ensayado igualmente el ioduro de potasio en cinco casos de reumatismo crónico de los miembros inferiores. En tres casos desaparecieron completamente los dolores á los quince ó veinticinco dias de tratamiento. En un caso de reumatismo del músculo gran pectoral y en cuatro agudos surtió buen efecto la medicacion: la dosis varió de 20 á 40 granos diarios. (*Reflex. et obs. sur l'emploi de l'iod. de potasse dans le trait. de l'arthrite rhumat. aigue*; *Gaz. méd.*, p. 791; 1842). Hugues Bennet ha preconizado el aceite de hígado de bacalao (*Traite sur l'huile de foie de morue, consid. comme agent. therap.*, etc., Lond., 1841).

§. III.—*Del reumatismo muscular.*

»1.° **Del reumatismo muscular en general.**—*Miositis*; *mio-reumatismo*, *miodinia*, derivados de *μυς*, músculo, y de *οδυνη*, dolor).

»Definicion. Se da el nombre de reumatismo muscular á una enfermedad que afecta los músculos de los miembros y del tronco especialmente, caracterizada por un dolor, frecuentemente muy agudo, fijo ó errático, que se aumenta por la contraccion de los músculos, y aun muchas veces por la simple presion.

»El reumatismo muscular es *agudo* ó *crónico* como el artro-reumatismo; pero la primera forma es mas comun. No creemos necesario consagrar una descripcion especial á cada uno de estos reumatismos.

»Anatomia patologica.—Como el reumatismo agudo termina siempre por resolucion, son muy oscuras las nociones que poseemos sobre las alteraciones materiales que deja en pos de sí. Muchos autores consideran la supuracion como una terminacion de la enfermedad, y citan en apoyo de su opinion cierto número de hechos. Pero la mayoria de estos no puede servir para resolver la cuestion, por haberse recogido en una época en que se conocia poco, ó al menos muy imperfectamente, la historia de la infeccion purulenta. Gase ha escrito una notable memoria sobre el reumatismo, en la que dice que á veces sobrevienen colecciones purulentas en los músculos (*Existe-t-il deux variétés de rhumatisme extérieur*, etc.? *Mem. de la soc. méd. d'emul.*, t. V.; 1803). Villermé refiere un caso de este género, y añade: «Rarísima vez se observa la supuracion, tan comun en los flemones, como terminacion del reumatismo (*Journal de médecine* de Corvisart y Leroux, julio, 1813). El cuerpo de los músculos de la cara posterior de los miembros estaba reducido á pulpa ó papilla, de un olor particular, y parecida por su consistencia y color á las heces del vino: se aplastaban y deshacian entre los dedos.» Bouillaud, que cita esta observacion, se inclina á creer que el pus se habia formado en la articulacion de la rodilla, y que no existia reumatismo muscular (*loc. cit.*, p. 77). Sin embargo trae muchas observaciones, que propenden á probar que puede el reumatismo determinar la supuracion de los tejidos inter-fibrilares y una especie de *flemon reumático* (*loc. cit.*, p. 84 y *passim.*). No hay inconveniente en admitir que puede el reumatismo muscular terminar por supuracion en cierto número de casos; pero es cuando la enfermedad se trasforma en flemon, ó se complica con esta última afeccion. Ferrus admite la existencia de esta supuracion muscular. «Algunos, dice, colocan los límites de lo posible en el horizonte de su observacion personal, declarando no admitir un hecho que no hayan visto. Por nuestra parte no hacemos tan poca cuenta de las observaciones y de los observadores» (art. *Rhumatisme*, *Dict. de méd.*, p. 578, 2.ª edic.) Chomel y Requin no creen que el reumatismo pueda producir semejante alteracion (*loc. cit.*, p. 31).

»En el reumatismo crónico «se atrofian, se adelgazan y algunas veces se retraen, los haces musculares. De aqui esas deformidades ó contracturas, que sobrevienen en los miembros de los enfermos que han padecido muchos años dolores reumáticos, y que entonces se llaman *baldados* ó *tullidos*. Verifícanse tambien en las areolas celulosas que rodean las fibras musculares depósitos de una secrecion gelatiniforme, amarillenta, diáfana, análoga á una gelatina de sustancia bastante consistente» (Ferrus, art. cit., p. 578). La mayor parte de las alteraciones que se refieren á la afeccion reumática, solo recaen en el tejido celular inter-fibrilar: tales son la atrofia, la supuracion y el depósito de materia gelatiniforme. Podria preguntarse si no procederian semejantes lesiones de la inaccion que se ven precisados á guardar los músculos.

»A veces se observa en los músculos una coloracion, que se ha comparado á la de la madera de encina vieja, ó bien al contrario un tinte amarillento, ó de hoja seca, con ó sin reblandecimiento de la fibra.

»Petrequin cita un caso de reumatismo muscular agudo que dió lugar á induraciones y á una fragilidad del tejido contractil (*Rhumatisme musculaire aigu*, etc.; *Jour. des connais. méd.-chir.*, núm. 1.°, p. 12; julio, 1836); pero como estas alteraciones solo se observaron durante la vida, no se puede decir precisamente en qué consistian bajo el punto de vista de la anatomia patológica.

»J. Guerin ha indicado una retraccion muscular producida por el reumatismo, que puede determinar la anquilosis. La retraccion *activa* es la que depende de la contractura

acaecida durante el período agudo; se llama *pasiva* cuando procede simplemente de la rigidez de los músculos por haber conservado mucho tiempo una misma posicion. Rara vez son simples las *anquilosis musculares*, pues casi siempre las acompañan anquilosis ligamentosas (J. Guerin, *Mémoire sur les difformités*).

»Puede el reumatismo muscular terminar por osificacion? Los Sres. Testelin y Cárlos Danbressi citan un ejemplo casi único en la ciencia, de reumatismo muscular que al cabo de muchísimos años produjo la osificacion de la mayor parte de los músculos del tronco y de los miembros (gran complexo, esterno-mastoideo, deltoides izquierdo en su tercio interno, parte de los pectorales mayor y menor, biceps y triceps del brazo y la mayoria de los músculos de las caderas, de las nalgas, de los muslos y de las piernas). Habiéndose analizado el tejido óseo hallado en el espesor del biceps crural, se vió que su composicion química era igual á la de los demas huesos: la misma dureza, la misma organizacion, idéntica trama con una sustancia inorgánica en sus mallas, y últimamente igual modo de nutricion por medio de una membrana que rodeaba los huesos por todos lados y enviaba vasos á su superficie; solo que la proporcion entre las sustancias salinas y las orgánicas no era la que se observa en el adulto. (*Gaz. méd.*, p. 170; 1839). No creemos que pueda el reumatismo por sí solo producir semejante trabajo de osificacion; porque si asi fuese, se le encontraria con mas frecuencia.

»Ademas de las alteraciones pertenecientes al sistema muscular se observan otras que interesan los ligamentos, las superficies articulares y los huesos, y que dependen del reumatismo articular crónico que suele acompañar al de los músculos: ya las hemos descrito en otro lugar (*Reumat. crónico*). En resúmen, vemos que las lesiones del tejido muscular son poco numerosas, y que lejos de poderse considerar como causa del reumatismo, son sus efectos ó resultados de complicaciones enteramente agenas á la enfermedad.

»Sintomas.—Unos son locales y otros generales. El signo característico es el dolor muscular, que se manifiesta con especialidad durante la contraccion de los músculos, haciéndola cesar instantáneamente. De aqui imposibilidad de mover las diversas partes del sistema huesoso en que se insertan los músculos afectos. A veces sin embargo puede todavia verificarse la contraccion muscular; pero es molesta y dolorosa para el enfermo, que procura poner en completo reposo las partes afectas.

»Ademas de este dolor que se manifiesta durante el ejercicio de la funcion encomendada al aparato muscular, suele existir otro generalmente sordo y continuo, que se aumenta comprimiendo los haces carnosos afectados de reumatismo, ó á ciertas horas del dia y de la noche. Dáse el nombre de *reumatismo neurálgico* á la forma de esta enfermedad en que tienen los dolores estraordinaria intension, van acompañados de punzadas bastante parecidas á las de la neuralgia, y se exasperan como esta en ciertas épocas del dia y de la noche, pero sin seguir trayecto alguno bien determinado y distinto que pueda referirse á ramos nerviosos. Algunas veces esperimentan los pacientes una sensacion de frio, y otras existe una especie de constriccion, de desgarramiento ó de calor en toda la masa muscular.

»La parte de tegumento que cubre el músculo dolorido ofrece una temperatura mas elevada. No hay en ella tumefaccion ni rubicundez apreciable (Chomel y Requin, ob. cit. p. 20).

»La movilidad es un caracter comun á los reumatismos articular y muscular. Se traslada con facilidad de un músculo á otro situado en la inmediacion ó muy distante del punto primitivamente afectado. Cuando es agudo, recorre asi sucesivamente muchas partes del aparato locomotor, y abandona á los dos ó tres dias su primer asiento. En el estado crónico tiene mas fijeza pareciéndose en esto al reumatismo monoarticular; persiste tenazmente muchas semanas y en ocasiones muchos meses en unos mismos músculos, y acaba en cierto modo por adquirir en ellos derecho de domicilio. Tal se observa por ejemplo en las regiones provistas de muchos y gruesos músculos, como los lomos, las caderas, los hombros y el cuello.

»Los síntomas generales son poco numerosos. En la forma aguda se manifiestan á veces escalofrios, calor general y calentura durante algunas horas, sin que coexista inflamacion alguna articular. Faltan completamente estos síntomas en la forma crónica y poco dolorosa, y cuando se presentan estos mismos caractéres despues de haber existido algun tiempo el mal en estado agudo. Ferrus dice, que cuando el reumatismo muscular ocupa una superficie bastante estensa, ó si aun siendo mas limitado le acompaña un dolor muy violento, se nota al propio tiempo un movimiento febril (art. cit., p. 577).

»Si los músculos doloridos concurren al desempeño de una funcion importante, la dificultad que esta esperimenta puede acarrear trastornos en la nutricion general, pero no sin haber transcurrido antes bastante tiempo, y aun eso pocas veces.

»Curso: duracion del reumatismo muscular.—El reumatismo de los músculos afecta con mas frecuencia la forma crónica. Puede permanecer en este último estado cuatro ó cinco semanas, ó bien tener una duracion efímera, como por ejemplo de algunos dias. Otras veces persiste años enteros, y entonces produce algunas de las alteraciones analómicas que quedan indicadas.

»Complicaciones.—Cullen indicó la frecuente coincidencia del reumatismo de los músculos con el de las articulaciones. Creia que «la afec-

cion de las fibras contractiles permite á los dolores propagarse de una á otra coyuntura» (*Elem. de méd. prat.*, t. I, p. 446, en 8.°; París, 1819). Stoll y Sidenham han notado tambien esta coincidencia, que ocurre sobre todo en el reumatismo articular crónico, revistiendo entonces la misma forma la afeccion de los músculos. En ocasiones no existen á un mismo tiempo las dos enfermedades, sino que se suceden una á otra. Esta coincidencia se ha considerado como una prueba de que es igual la naturaleza de ambas afecciones.

»La neuralgia es otra complicacion aunque mas rara, habiéndose observado la del nervio ciático mas frecuentemente que las demas. Tambien puede complicarse el reumatismo muscular con el visceral. En cuanto á las afecciones del corazon y de su cubierta, dependen siempre de las artritis agudas ó crónicas que han existido en épocas anteriores.

»Causas.—Son las mismas del artro-reumatismo. Solo recordaremos que es mas evidente la influencia del frio en la produccion del reumatismo muscular, que en la del artrítico. Basta muchas veces que un hombre fuerte, bien constituido, y que nunca haya tenido reumatismo articular, reciba la accion de un aire frio y húmedo, se moje ó se esponga á una corriente de aire, para que contraigan la enfermedad que nos ocupa los músculos espuestos al enfriamiento. Los mejores autores convienen en reconocer la incontestable influencia de esta causa.

»Los que ya han padecido uno ó mas ataques de artritis reumática estan mas espuestos que los demas á contraer el reumatismo muscular. Los ataques anteriores se convierten al parecer en causas predisponentes, y la impresion accidental del frio en tal ó cual parte del cuerpo, desempeña el papel de causa ocasional ó determinante.

»Naturaleza del reumatismo muscular.—Los reumatismos muscular y articular apenas tienen de comun mas que el nombre. Efectivamente, difieren mucho entre sí estas dos enfermedades: el reumatismo articular es una flegmasia aguda, violenta, caracterizada por el aumento de la fibrina, y por todos los síntomas que pertenecen á las inflamaciones mas marcadas. Las alteraciones articulares son igualmente características, tanto en la forma aguda como en la crónica; el curso, la duracion y las complicaciones flegmásicas, que no son mas que una estension del reumatismo, acreditan tambien el orígen positivamente inflamatorio del artro-reumatismo.

»En el reumatismo muscular no se encuentran los síntomas locales y generales que son comunes á todas las flegmasias; no hay calor, rubicundez, tumefaccion, calentura ni elevacion de la temperatura cutánea; no se ha observado mas que un dolor contínuo y exacerbante con los caractéres de una neuralgia. Las alteraciones anatómicas son nulas. Tampoco se manifiestan complicaciones flegmásicas, ni se ven nunca esas inflamaciones de las vísceras interiores, que son un argumento mas en favor del orígen flegmásico del reumatismo articular.

»Son pues tan marcadas las diferencias que existen entre estos dos reumatismos, cuanto pudieran serlo entre dos estados morbosos opuestos. Háse creido poderlas destruir diciendo: 1.° que el reumatismo muscular se manifiesta en sugetos actual ó anteriormente atacados de artro-reumatismo; 2.° y que la accion del frio produce una y otra enfermedad. Fácil es contestar á estos argumentos, que no tienen valor alguno, y que se reasumen en uno solo. Efectivamente, el frio esterior puede muy bien determinar un reumatismo muscular ó articular, aunque estas enfermedades difieran mucho en su naturaleza. ¿No vemos que el mismo agente produce, ora una neumonía, ora una neuralgia, ora una congestion hemorrágica, etc.? Enfermedades muy distintas proceden á menudo de causas idénticas, y si el reumatismo muscular acompaña frecuentemente al articular, es porque obrando el frio sobre los músculos y los tejidos serosos, determina en estos una flegmasia, y en aquellos una neuralgia.

»Hemos pronunciado la palabra neuralgia en el paralelo que acabamos de trazar entre ambas especies de reumatismo; y en efecto, la afeccion reumática muscular tiene todos sus caractéres, como lo ha demostrado perfectamente Roche en el siguiente pasage que no podemos menos de transcribir: «Las afecciones que han descrito los autores con el nombre de reumatismo nervioso, tales como el lumbago, los dolores vagos que ocupan los miembros en su continuidad y la hemicránea, nos parecen de naturaleza realmente nerviosa, ó sea verdaderas neuralgias. Asi lo prueba la circunstancia de que nunca van acompañadas de tumefaccion ni rubicundez, de que no provocan reaccion alguna simpática, de que lejos de aumentarse por la presion, disminuyen por lo comun, y finalmente de ser intermitentes y vagas. En una palabra, tienen todos los caractéres de las neurosis, y no ofrecen ninguno de los de las flegmasias. Es preciso, pues, ó no dar á estas afecciones el nombre de reumatismo, ó no aplicarle tambien á la artritis reumática. Mientras se confundan estas enfermedades, necesariamente ha de ser vaga y confusa la historia de unas y otras; pues solo estudiándolas aisladamente podrá disiparse la oscuridad de que aun se halla en parte rodeado su diagnóstico. Lo mismo sucede con la inflamacion de los músculos» (Roche, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 438, art. Arthrite).

»Hablando Gaudet del reumatismo de las paredes torácicas, dice que le cree muscular y fibroso á la vez, y no de la naturaleza de las neuralgias: 1.° porque se desarrolla en los pun-

tos en que hay fibras carnosas ó aponeuróticas; 2.° porque las mas veces se propaga segun el trayecto de las fibras musculares y tendinosas; y 3.° últimamente, porque sigue direcciones que no corresponden á nervios conocidos (*Rech. sur le rhum. des parois thor.*; *Gaz. méd.*, p. 229, 1834). Pero estas objeciones, lejos de destruir la opinion de los que ven en el reumatismo muscular una neuralgia de los ramillos nerviosos, la confirman mas y mas; porque si el reumatismo no sigue un trayecto bien determinado, es precisamente en razon de que la *atmósfera nerviosa* formada por los filamentos mas ténues de los nervios, se encuentra en todas las partes de los músculos.

»A lo dicho añadiremos, que el reumatismo muscular se disipa sin dejar huella alguna de su paso; que los casos de supuracion pertenecen á la inflamacion del tejido celular inter-fibrilar; que la sensacion de desgarradura, de punzadas, que existe en el reumatismo muscular, se halla tambien en el dolor intermitente de la neuralgia; que hay ademas en estas dos enfermedades un dolor contínuo mas obtuso, acompañado de una sensacion de constriccion, de contusion etc.; que estas dos especies de dolores, que coexisten á menudo, hacen que cueste mucho trabajo distinguir la neuralgia del reumatismo de los músculos, y que por último, estas dos afecciones se complican y suceden una á otra frecuentísimamente, y ceden muy bien á las sales de morfina aplicadas sobre el dermis desnudo, y al sulfato de quinina. Milita tambien en favor del orígen neurálgico del reumatismo muscular, lo que mas adelante diremos de los reumatismos viscerales. Cruveilhier es tambien de los que no titubean en considerar esta afeccion como una neuralgia, advirtiendo que los dolores musculares tienen la mayor analogia con los que escitan las afecciones de la médula y de los ramos nerviosos. La única diferencia que existe entre los dolores reumáticos y las neuralgias, es que estas siguen un trayecto bien determinado, porque las ramas de los nervios estan mas aisladas y son mas voluminosas; al paso que en el reumatismo reside el dolor en las fibrillas nerviosas mas ténues que se irradian en los músculos.

»Resulta, pues, que el reumatismo muscular, que bien merece el nombre de miodinia (μυς, músculo, y οδυνη, dolor) que se ha propuesto darle, es propiamente hablando la neuralgia de los músculos, debiendo colocarse en las nosografías entre las demas neuralgias, y lejos del reumatismo articular, con el que no tiene de comun mas que el nombre, puesto que se le debe incluir en la gran clase de las flegmasias.

»Asi como la flegmasia de las membranas serosas articulares puede invadir las serosas que cubren las vísceras interiores (endocarditis, pleuresia), asi tambien puede la miodinia residir en los músculos esteriores y en los viscerales.

»TRATAMIENTO.—El *tratamiento preservativo* es exactamente el mismo del reumatismo articular.

»El *tratamiento curativo* consiste especialmente en el uso de los agentes terapéuticos que ya hemos estudiado (véase *Reumatismo articular crónico*), restándonos solo decir cuatro palabras sobre algunos de ellos.

»Cuando el reumatismo es leve, basta aplicar sobre la region que ocupan los músculos doloridos, paños muy calientes ó cataplasmas emolientes rociadas con láudano ó con un aceite narcótico. Con la administracion simultánea de un baño muy caliente y de bebidas calientes aromáticas y sudoríficas al interior, se disipa fácilmente un reumatismo agudo poco intenso. Cuando resiste ó cuando ya es antiguo, se aplica cataplasmas sinapizadas ó sinapismos, dejándolos obrar enérgicamente; ó bien se enrojece la piel á beneficio de fricciones irritantes, practicadas con una franela impregnada en trementina ó en amoniaco líquido. La medicacion que mas aprovecha consiste en colocar en el punto dolorido ventosas escarificadas, repitiendo muchas veces esta aplicacion, si no se consigue disipar el dolor con la primera. Las cataplasmas emolientes y los baños calientes aumentan mucho la eficacia de este medio, que debe preferirse á las evacuaciones sanguíneas hechas por medio de sanguijuelas; las cuales se reservarán para aquellos casos en que se nieguen obstinadamente los enfermos á dejarse poner ventosas.

»A veces hay que usar los vejigatorios, la cauterizacion transcurrente y aun el moxa, para combatir los dolores reumáticos rebeldes, que en tales casos acompañan casi siempre á la artritis crónica y son tan tenaces como ella. Su tratamiento local y general es idéntico. Los baños de vapor, las fumigaciones sulfurosas, los chorros, y sobre todo las aguas termales, cuyos buenos efectos hemos indicado al hablar del reumatismo articular, y la hidroterapia, convienen igualmente en la afeccion reumática de los músculos.

»La acupuntura unida al galvanismo y á la electricidad, ha hecho incontestables servicios y aun efectuado curaciones desesperadas.

»Las aplicaciones de vejigatorios volantes para usar las sales de morfina por el método endérmico, son muy útiles en el tratamiento de los reumatismos musculares acompañados de dolores neurálgicos muy intensos. Vemos á veces con sorpresa ceder en pocos dias á la medicacion endérmica, dolores que habian resistido durante muchos meses y aun años. Del mismo modo deben combatirse los dolores reumáticos que se exasperan de noche ó por las tardes, quitando el sueño á los pacientes.

»Las preparaciones de quina, y sobre todo de sulfato de quinina, convienen en el tratamiento de los reumatismos musculares que ofrecen algunos de los caractéres de las neuralgias, y que se complican con estas afecciones, ó van

acompañados de dolores que se exacerban todos los dias con ó sin regularidad.

»Considerando Mitchell la enfermedad que estudiamos como una irritacion espinal, propone tratarla como á esta última por aplicaciones de sanguijuelas y de vejigatorios á la columna vertebral, de donde salgan probablemente los troncos nerviosos que vayan á parar á los músculos afectados (estracto de los periódicos americanos, en *Gaz. méd.*, p. 356, 1831, y p. 120, 1834).

»Tambien se han propuesto las fricciones mercuriales (véase *Reumatismo crónico*), las aplicaciones de cianuro de potasio en disolucion, y el uso interior del colchico, del acónito, del opio y de los calomelanos.

»2.° **Del reumatismo de los diferentes músculos del cuerpo.**—*Reumatismo de la cabeza; reumatismo epicraniano; gravedo.*—Puede ocupar el músculo occípito-frontal, y entonces sienten dolor los sugetos cuando se ponen un sombrero, y aun en ocasiones al mover los músculos afectados. No existe alteracion alguna apreciable de la piel del cráneo. Por lo comun es la impresion del frio en la cabeza la causa de este mal, que solo afecta á sugetos que han padecido ya otros reumatismos. El tratamiento que aconsejan Chomel y Requin, consiste en aplicar sanguijuelas á las sienes y detras de las orejas, y cuando no basta este medio, afeitar la cabeza y poner en ella sanguijuelas y despues un vejigatorio. Quieren que lejos de preservar del frio los tegumentos del cráneo, se los habitúe á recibir su influencia, y hasta se los someta á la accion de afusiones frias (ob. cit., p. 43).

»Puede el dolor ocupar los músculos de las sienes (*reumatismo temporal*), los maseteros y los terigóideos. En este caso se hacen muy dolorosos y aun á veces imposibles los movimientos de la mandíbula; no puede verificarse la masticacion, y si el reumatismo pasa al estado crónico, acaba por afectarse la misma articulacion témporo-maxilar.

»Los autores hablan de reumatismos de los músculos de los párpados, del globo del ojo, y de la faringe. Requin cita una observacion de reumatismo faríngeo. Anúnciase este por una disfagia intensa generalmente: la membrana mucosa de la faringe y del istmo de las fauces no presenta rubicundez alguna.

»*Reumatismo de los músculos del cuello ó torticolis* (pescuezo torcido, *tortum collum*).—Este reumatismo es una afeccion muy comun, que da lugar á un conjunto de síntomas locales, por cuyo medio es fácil reconocer la naturaleza y el asiento de la enfermedad. Hállase la cabeza en su posicion natural, ó bien muy inclinada y vuelta hácia uno de los hombros, conservando siempre el enfermo una misma actitud, pues cuando trata de variarla contrayendo los músculos del cuello, esperimenta un agudísimo dolor. Los movimientos pasivos son menos dolorosos. Puestos los músculos en la relajacion mas completa y bien sostenida la cabeza, poco ó ningun dolor esperimentan los pacientes; sin embargo, á la caida de la tarde y de noche, cuando se despiertan los sugetos sienten, aun sin hacer movimiento alguno, una sensacion de constriccion, de desgarradura, y aun en ocasiones punzadas dolorosísimas en los músculos y en la parte posterior del cuello. Muchas veces se manifiesta el dolor con una violencia tal, que arranca gritos á los pacientes; tiene todos los caractéres de un dolor neurálgico, pero no sigue trayecto alguno bien determinado. Cuando ofrece esta forma, suele exasperarse á ciertas horas del dia, ó reproducirse con cierta regularidad por las tardes ó las noches. No debe confundirse esta exacerbacion intermitente con el aumento de los dolores producido por los movimientos involuntarios que hace el enfermo durante el sueño.

»Cuando el reumatismo reside en los músculos destinados á poner en flexion la cabeza, y á determinar su rotacion, se inclina esta parte considerablemente hácia el lado enfermo, porque los músculos opuestos y congéneres del lado sano son los únicos que se contraen; los afectados se relajan á causa del dolor que producen á la menor contraccion. Cuando estan mas especialmente interesados los estensores, se manifiesta sobre todo el dolor en el momento en que quiere el enfermo levantar la cabeza. En todos los casos mueve el tronco en totalidad para volverse á mirar los objetos, y las actitudes que toma entonces son un escelente signo de la enfermedad.

»Se puede confundir el reumatismo de los músculos del cuello con todas las enfermedades que determinan la inclinacion y la rotacion de la cabeza á que da lugar el torticolis. Una contraccion enérgica de los músculos del cuello, ó una violencia esterior, que produzcan la rotura de algunas fibrillas, ocasionan un torticolis que nos parece tan distinto del reumatismo, como lo es del reumatismo de la pierna la rotura del tendon de Aquiles. Las afecciones con que mas fácilmente puede confundirse el torticolis, son las contracturas musculares, producidas por una meningitis cerebro-espinal ó espinal solamente, ó bien por una mielitis en su principio. Hemos visto tres casos de este género, y en uno de ellos padecia ademas el sugeto reumatismo articular, lo cual hacia mas oscuro el diagnóstico. En la meningitis espinal, la contractura se limita mas particularmente á los músculos de la parte posterior del cuello, la flexion de la cabeza es dolorosa y dificil, y aun á veces se inclina un poco hácia atrás. Por lo demas es raro que la contractura no descienda mas abajo estendiéndose á la region dorsal. Si la contractura fuera reumática, como se ha observado en algunos casos, la forma crónica y la larga duracion del mal ilustrarian el diagnóstico. Si hubiese paralisis de los músculos del cuello, se podria comunicar á la cabeza cualquier posicion, sin producir dolor ni observar contractura en ningun punto.

»La neuralgia de los ramos nerviosos que se distribuyen en los músculos del cuello, no produce el cambio de direccion que presenta la cabeza en el tortícolis. No haremos mas que enumerar algunas otras afecciones, que no es posible confundir con el reumatismo de los músculos del cuello, si se indaga con algun cuidado las causas que han producido el mal. Los infartos de las glándulas cervicales, las desviaciones del ráquis, las cicatrices viciosas, determinan un tortícolis cuya naturaleza es fácil de averiguar.

»El tortícolis depende evidentemente de la accion directa del frio sobre el cuello. Se manifiesta en el momento de despertarse las personas á quienes durmiendo se les ha enfriado el cuello, ó bien cuando uno despues de una marcha forzada ó de un ejercicio penoso, se quita la corbata, recibiendo asi el contacto de un aire mas ó menos fresco. Los hombres están mas espuestos que las mujeres á contraer el tortícolis; el cual ofrece acaso mas recidivas que el reumatismo de las demas partes del sistema muscular.

»Son aplicables al tortícolis las reglas que hemos trazado para el tratamiento de todos los reumatismos musculares. Las aplicaciones de sanguijuelas, ó mejor aun de ventosas escarificadas, de cataplasmas emolientes muy calientes y rociadas con láudano de Sidenham, son muy útiles para calmar los dolores. Tambien se consigue el mismo resultado por medio de cataplasmas sinapizadas ó sinapismos, que recorran todas las regiones del cuello; y los baños muy calientes favorecen la resolucion de la enfermedad. Cuando se recurre á este medio, que debe venir siempre en auxilio de la medicacion local, se echa tambien mano de bebidas emolientes y algo aromatizadas, á fin de escitar una diaforesis suave.

»Cuando son muy agudos los dolores, se prescriben algunos granos de opio. En tales circunstancias se pudiera administrar el sulfato de quinina que disminuiria ó disiparia el dolor. Esta medicacion, que hemos empleado con éxito en tortícolis dolororísimos, ofrece especialmente grandes ventajas cuando el dolor tiene cierto carácter neurálgico, y se exaspera á horas determinadas del dia, en cuyas circunstancias hemos conseguido suspender inmediatamente con la sal de quinina tortícolis que habian durado muchos dias. No deja de convenir este tratamiento aunque el dolor intermita con irregularidad.

»*Reumatismo articular de las paredes torácicas; pleurodinia.*—Caracteriza este reumatismo un dolor de intension variable, que reside en uno ó muchos puntos de las paredes pectorales, y se aumenta por los movimientos respiratorios.

»*Asiento.*—El dolor reumático afecta por lo general un lado del pecho; Gaudet, á quien se debe una escelente descripcion de la pleurodinia, cree que es mucho mas frecuente en el lado izquierdo que en el derecho (*Recherches sur le rhum. des parois thoraciques*; *Gazette médicale*, p. 225; 1834). Ora ocupa el reumatismo una gran parte del músculo gran pectoral ó solamente sus inserciones en las costillas ó en la estremidad esterna de la clavícula, etc., ora las digitaciones del serrato mayor; ó bien se fija por detrás en la region dorso-cervical hácia la insercion acromial del trapecio y del deltoides, en las fibras del dorsal mayor, del trapecio y de los músculos de la region escapular; en una palabra, no hay un solo músculo superficial ó profundo que no pueda hallarse interesado; pero los que hemos indicado primero son los que padecen mas á menudo. Por último, puede el reumatismo pectoral estenderse á los músculos del cuello y de la pared abdominal, á los oblícuos mayor y menor y á la aponeurosis del abdomen.

»Los *síntomas locales* son el dolor y la dificultad para los movimientos musculares. El dolor varia respecto de su asiento é intension. Generalmente se manifiesta hácia la parte lateral é inferior del pecho, cerca del pezon, ó en una estension considerable de la region mamaria. Tambien se presenta la pleurodinia por detrás en los parages que hemos indicado, correspondiendo exactamente á la disposicion anatómica de ciertos músculos.

»El dolor, ora es agudísimo y parecido al que determinan la pleuresia y la pleuro-neumonia; ora es vago y sordo, viéndose el enfermo obligado á buscarle en cierto modo, para indicar su asiento. Siempre adquiere mayor intension cuando hace el paciente inspiraciones profundas y forzadas, cuando tose ó endereza el tronco. Asi es que tiene cuidado de respirar suavemente y con precaucion, para limitar en lo posible la contraccion muscular, y trata de disminuir los movimientos del pecho apretándole con la mano ó tomando una posicion adecuada á su intento. Dícese que el decúbito sobre el lado dolorido es penoso para los enfermos y aumenta el dolor, haciéndose este mas fuerte y mas perceptible cuando se comprime sobre la pared torácica; pero estos síntomas son muy variables. Gaudet cree que la presion puede servir muy bien para localizar el dolor, y medir exactamente su estension (mem. cit., p. 227). La pared costal se dilata menos en el lado enfermo que en el sano; la respiracion es corta, incompleta y entrecortada á cada paso por el dolor, cuando escede de cierto límite la ampliacion del tórax; en cuyo caso exhala el enfermo un quejido, y suspende inmediatamente los movimientos respiratorios. Hay ademas otros signos negativos que mas adelante daremos á conocer (véase DIAGNÓSTICO).

»Al tiempo de desarrollarse el reumatismo esperimentan algunos sugetos escalofríos, calentura, agitacion, insomnio, cefalalgia, quebrantamiento, desazon general, presentándose poco despues el dolor. Gaudet dice haberle vis-

lo ocupar al principio toda la region anterior del torax, y producir una incomodidad dolorosa, que los enfermos comparaban á la que resultaria de un peto ó de una coraza colocados sobre el pecho. Otras veces se estiende el dolor al intervalo de los omoplatos y á la columna vertebral, desde donde envia prolongaciones á los lados del torax (mem. cit., p. 226).

»Es raro que cuando se manifiesta al principio movimiento febril, persista despues; porque la pleurodinia simple no perturba la circulacion. En ocasiones se observa una disposicion marcadísima á la traspiracion. El reumatismo de las paredes torácicas suele abandonar su asiento primitivo para pasar á otro, ó bien estenderse á porciones del sistema muscular que aun no estaban interesadas. Cuando es leve se disipa con algunos dias de descanso ó á beneficio de un tratamiento muy sencillo; pero por lo general constituye una afeccion dolorosa y persistente, que obliga á los sugetos á reclamar los ausilios de la medicina. Tiene el mal mucha tendencia á las recidivas, y es bastante comun ver volver á los hospitales y á las consultas públicas enfermos á quienes se habia librado enteramente de su pleurodinia con baños y ventosas escarificadas. Proceden las recidivas de la esposicion del cuerpo al frio, y sobre todo de la fatiga muscular que suelen exigir las profesiones de los artesanos y gente del campo.

»La pleurodinia reumática se complica á veces con bronquitis catarral, y algunos autores han querido ver en esta bronquitis una especie de reumatismo de los bronquios. Cuando se complica de este modo el reumatismo, hay calentura, quebrantamiento y sudores. Rara vez va el reumatismo muscular del torax acompañado de pericarditis, de endocarditis, de pleurodinia ó de neumonia. Sin embargo, es preciso observar atentamente á los sugetos en quienes persiste mucho tiempo el dolor, presentándose dificultad de respirar. La auscultacion y la percusion revelan en ocasiones la existencia de un derrame pleurítico, desarrollado de un modo sordo é insidioso. Gaudet ha observado en un enfermo una constriccion laríngea é irradiaciones dolorosas en la continuidad del brazo izquierdo; accidentes que refiere á una afeccion de las fibras carnosas del corazon.

» *Diagnóstico.*—La sonoridad normal del torax, la limpieza del murmullo vesicular que solo está un poco debilitado, la ausencia de tos, de espectoracion y de calentura, son signos negativos que no permiten confundir la pleurodinia con las afecciones del parenquima pulmonal y de la pleura. Háse dicho que el sonido pectoral era menos claro que en el estado sano (Gaudet, mem. cit., p. 227); pero esta asercion es inexacta. A no ser por la auscultacion y la percusion, pudiera el médico verse muy perplejo para formar el dignóstico. La pericarditis puede simular una pleurodinia á causa del dolor local; pero la intension de la fiebre, la existencia de ruidos anormales en la region del corazon, el sonido macizo, la disnea, etc., solo pertenecen á la pericarditis. Tambien se puede confundir la neuralgia intercostal con la pleurodinia, y este error se ha cometido muchas veces en la época en que no se conocia bien dicha neuralgia. Distínguese esta por un dolor lancinante, que sigue esactamente el trayecto de un nervio intercostal y que se manifiesta por accesos, existiendo además otro continuo y que ocupa dos ó tres puntos aislados, correspondientes á los parages por donde entran y salen los ramos nerviosos que se distribuyen en los músculos y en la piel: la presion sobre el canal vertebral en el punto donde toma orígen el nervio intercostal afecto determina un dolor agudo que sigue el trayecto del cordon nervioso.

»La pleurodinia reumática es muy comun en los adultos que por su profesion se esponen á todas las intemperies del aire y á numerosas causas de enfriamiento: tambien es muy comun entre los artesanos que afluyen á los hospitales. La mayor parte de los enfermos que se presentan en estos establecimientos han padecido ya otros ataques de igual naturaleza.

»No conviene abandonar á sí misma la pleurodinia intensa, porque da lugar á pleuresias agudas ó crónicas. Los medios que deben usarse son: las aplicaciones de ventosas ó de sanguijuelas, las cataplasmas emolientes, los baños calientes y las bebidas diaforéticas.

»*Reumatismo de las paredes abdominales.*—Los síntomas que determina y que Genest ha descrito con mucho esmero (*Rech. sur quelques cas de rhum. des parois abdom. qui peuvent être confondus avec la peritonite générale*; *Gaz. méd.*, p. 739, 759, 772; 1832), consisten esencialmente en un dolor, que se promueve sobre todo cuando el enfermo hace esfuerzos para volverse en la cama ó para sentarse; por cuya razon permanece echado de espaldas evitando con cuidado todo movimiento. Ocupa el dolor la parte anterior del abdomen en su totalidad, y aun se estiende hácia los músculos que cubren las últimas costillas y la cara anterior del pecho. Se aumenta comprimiendo las paredes abdominales. Es continuo, dice Genest, y sin embargo ofrece de tiempo en tiempo crueles paróxismos en forma de punzadas, pero no de cólicos. En una palabra, el mejor signo de esta enfermedad es un dolor espontáneo, agudísimo, que se aumenta por la presion, y sobre todo por los movimientos que exige la contraccion de los músculos abdominales.

»La peritonitis es la única enfermedad con que se puede confundir este reumatismo. Pero los vómitos, la calentura, la sed y los síntomas generales, que tan comunes son en la primera de estas afecciones, faltan completamente en la segunda; el dolor abdominal causado por la presion es tambien menos agudo que en la peritonitis. Genest cree que muchas veces se ha

dado el nombre de peritonitis á reumatismos de las paredes abdominales acaecidos despues del parto. Este autor considera el estado puerperal como una causa de reumatismo, y el sexo femenino como una especie de predisposicion á padecerle.

»Como el reumatismo de las paredes abdominales puede dar lugar á una peritonitis, y es de los mas rebeldes, conviene emplear desde el principio un tratamiento enérgico, siendo los principales agentes de la medicacion que debe usarse las aplicaciones mas ó menos repetidas de ventosas ó de sanguijuelas y de cataplasmas laudanizadas, los baños y el opio. Los vejigatorios ofrecen un último recurso del que pueden esperarse escelentes resultados.

»*Reumatismo de los músculos de la region dorso lumbar*; *lumbago*.—Solo debe designarse con este nombre el reumatismo que interesa los músculos de los canales lumbares, y no ha habido razon para referir al lumbago los dolores lumbares procedentes de la rotura de algunas fibrillas musculares ó de la violenta distension de los ligamentos en sugetos que habian hecho esfuerzos considerables. Se dice que los dolores situados sobre las apofisis espinosas ó hácia la parte media del sacro pertenecen al reumatismo de los ligamentos y del periostio de las vértebras; pero ya se deja conocer que esta distincion es con harta frecuencia ilusoria, y ademas solo estriba en una suposicion que necesitaria apoyarse en nuevas observaciones.

»Hállase caracterizado el lumbago por un dolor fuerte que ocupa las masas carnosas situadas en los canales lumbares ó las de un lado solamente. Varia mucho la intension de este dolor, siendo á veces tan agudo, que no puede el enfermo hacer el menor movimiento sin lanzar un grito á causa de las violentas punzadas ó sensacion de desgarradura que esperimenta en la region lumbar. En este caso no puede el paciente conservar la posicion vertical; permanece en cama, y una vez acostado hasta le es imposible variar de situacion, á menos que se le ayude ó se le levante en peso todo el cuerpo. No puede orinar ni hacer de vientre sin que al punto aparezcan los dolores con estremada violencia. Cuando el lumbago es menos intenso ó despues de pasado ya el período de agudeza, es el dolor sordo, contusivo, y no impide al enfermo moverse. Sin embargo, su modo de andar ofrece un caracter particular; mueve todo el tronco de una vez, y cuando tiene que sentarse ó bajarse, conserva en la mas completa inmovilidad toda la columna vertebral. En ocasiones solo se manifiesta el dolor durante los movimientos de flexion ó de estension del tronco ó cuando hace el sugeto algun esfuerzo. Oprimiendo las masas carnosas del dorso lumbar se suele aumentar el dolor, aunque á veces no produce la presion efecto alguno sensible.

»El reumatismo de los riñones puede ser apirético; pero cuando tiene alguna intension la acompaña un movimento febril muy marcado, que sin embargo se disipa pronto: en este caso existe calor en la piel, sudor, sed, anorexia, quebrantamiento, cefalalgia y una agitacion que es mas pronunciada por las noches. Muchas veces principia el reumatismo como las afecciones agudas por escalofrios y calor febril, persistiendo este aparato uno ó dos dias. Despues de haber durado algun tiempo los dolores violentísimos que obligan al paciente á guardar un reposo absoluto, van disminuyendo de intension, y propenden á hacerse crónicos, si no se consigue curarlos á beneficio de un tratamiento conveniente. Relativamente á su durarion pudiera distinguirse el lumbago en agudo y crónico, porque en efecto vemos á este reumatismo durar solo algunos dias ó eternizarse durante muchos meses. Por otra parte es preciso advertir que está sujeto á frecuentes recidivas y que los sugetos que le han padecido una vez, esperimentan nuevos ataques con intervalos de corta duracion, bastando la causa mas leve para escitarlos. Por esta razon es algo mas grave el pronóstico del lumbago que el de los demas reumatismos, debiendo ademas tomarse en cuenta su larga duracion.

»La meningitis espinal puede producir dolor y contractura de los músculos de los lomos; pero entonces facilitan el diagnóstico la calentura, las convulsiones de los miembros inferiores, los dolores que en estos se perciben y el aumento de la sensibilidad cutánea. Los abscesos formados en el espesor de los músculos sacro lumbares van acompañados de una tumefaccion local y de un movimiento febril que no se observan en el reumatismo. Cuando la coleccion purulenta se desarrolla con lentitud por efecto de un trabajo morboso que interesa las vértebras ó el sacro, la atenta indagacion de la causa y de los síntomas locales de la enfermedad darán fácilmente á conocer la naturaleza del mal. Ultimamente puede el dolor lumbar depender de una afeccion de los riñones, de un aneurisma de la aorta abdominal, de un cáncer del útero, del estómago ó de los intestinos gruesos, de una caries vertebral ó de unas viruelas inminentes; pero nos parece que basta indicar estas enfermedades para no confundir con ellas el reumatismo.

»La causa del lumbago es, como la de todos los reumatismos, la accion del frio húmedo. Muchísimos militares veteranos padecen un lumbago que nunca les abandona, por haber dormido en parages húmedos y frios. Creemos que los esfuerzos musculares y la fatiga solo obran como causas ocasionales.

»Para curar rápidamente el lumbago muscular es preciso aplicar ventosas escarificadas ó sanguijuelas á la region lumbar, formando el complemento de esta medicacion los baños tibios y las cataplasmas emolientes ó narcóticas. Tambien se puede recurrir al uso de ventosas secas y de sinapismos renovados con frecuencia. Si se presenta el lumbago bajo la forma crónica, se ensaya el tratamiento precedente,

y despues se prescribe la aplicacion de un ancho vejigatorio, de cauterios ó de moxas, ó la cauterizacion trascurrente con el hierro enrogecido. Pueden entonces hacer servicios inmensos los chorros de vapor simple ó sulforosos, las fricciones, el amasamiento y las aguas termales que ya hemos indicado (véase *Reumatismo articular crónico*). Se han aconsejado las fricciones con trementina y otros linimentos escitantes y sedantes. Conviene que lleve siempre el paciente una faja de franela ó una piel de liebre, de cisne, etc., alrededor de los riñones.

»*Reumatismo de los miembros.*—No todos los músculos de los miembros se hallan igualmentos dispuestos á sufrir ataques de reumatimo; los que mas frecuentemente le padecen son por punto general los mas próximos al tronco y los mas gruesos, como el deltoides, los glúteos, los biceps y triceps braquiales y femorales. Háse dicho tambien que los músculos de las regiones esternas se hallaban mas espuestos que los de las internas, y los superficiales mas que los profundos. Puede el reumatismo ocupar los dos miembros de un mismo lado y aun todos los cuatro á un tiempo (Ferrus, art. RHUMATISME del *Dict. de méd.*, 2.ª ed., p. 548).

»El único síntoma de la enfermedad consiste en el dolor durante la contraccion de los músculos afectos; no hay tumefaccion, rubicundez ni calor apreciables. La presion aumenta el dolor y permite descubrir el asiento preciso del reumatismo. Muda este fácilmente de sitio, y sucede en ocasiones que habiéndose dormido el enfermo con un dolor en los músculos estensores, le encuentra al despertarse en los flexores. A menudo se asocia el reumatismo muscular al artro-reumatismo, residiendo en puntos tan inmediatos á la articulacion, que cuesta algun trabajo distinguirlos entre sí.

»Las neuralgias pueden confundirse fácilmente con el reumatismo de los miembros; pero el trayecto que sigue el dolor, limitado esactamente á los ramos de un nervio, indica bastante bien la naturaleza y el asiento de la afeccion neurálgica; en la cual, por otra parte, es el dolor independiente de la contraccion de los músculos, al paso que se aumenta mucho bajo esta influencia cuando la enfermedad es reumática.

»Los dolores musculares, agudísimos á veces, que sienten los sugetos afectados de mielitis ó de meningitis raquidiana, se asemejan á los dolores reumáticos; pero estos no son tan generales como en las dos primeras enfermedades, que producen ademas contracturas y fenómenos convulsivos en los miembros.

»Las mujeres histéricas tienen despues de sus ataques y aun en otras épocas dolores muy intensos en los músculos de los miembros. Ahora mismo estamos asistiendo á una jóven histérica, en la cual hemos observado muchas veces dolores en el músculo triceps femoral del muslo derecho, que se aumentaban por la presion y el movimiento. Este dolor, que se ha manifestado repetidamente en dicho músculo y en otras regiones, es independiente de los ataques histéricos; pero coincide con jaquecas, palpitaciones y sofocos, en una palabra, con trastornos nerviosos que no permiten confundirle con el dolor reumático.

»Los dolores musculares á que da lugar la intoxicacion saturnina ofrecen todos los caractéres de una neuralgia, y podrian tambien confundirse con un reumatismo. Sin embargo, en la afeccion saturnina no causan dolor alguno los movimientos de los miembros, y por otra parte el conocimiento de la causa específica, los signos de la caquexia saturnina, y la eficacia de los purgantes, de los baños sulfurosos y de los medicamentos con que se combate las enfermedades producidas por el plomo, son otros tantos datos que sirven para establecer el diagnóstico diferencial.

»La sífilis determina dolores en la continuidad de los miembros, que pudieran referirse á una afeccion reumática; pero entonces el enfermo ha tenido sifílides en una época mas ó menos remota, y todavia presenta úlceras en la garganta, ozena ó un enflaquecimiento que no se observa en el reumatismo; se suelen encontrar en los huesos tumefacciones notables, y últimamente las primeras dosis de un medicamento antisifilítico producen una rápida mejoria.

»*Reumatismo de la piel*; *dermalgia reumática.*—Bajo este último nombre ha descrito Beau un reumatismo cutáneo, que ha observado varias veces (*Note sur les dermalgies*, etc., en *Arch. gén. de méd.*, 3.ª y nueva série, t. XII, p. 120; 1841). Lazerme es, segun Beau, el único que ha hecho mencion de este reumatismo (*Curationes morborum*, t. II). La descripcion que vamos á presentar la tomamos por completo de la memoria publicada por el primero de estos autores.

»Hállase caracterizada la enfermedad por un dolor que puede residir en todos los punto de la piel, asi de la cabeza como del tronco y de los miembros, siendo la primera y los últimos los que mas á menudo la padecen. Ocupa la dermalgia una ó dos pulgadas cuadradas, y mas rara vez toda la piel.

»El dolor es contínuo ó intermitente, y á menudo ofrece estos dos caractéres á la vez. El dolor contínuo es de varia intension, y ocasiona un hormigueo análogo al que produciria el contacto de una tela de araña, ó una sensacion penosa de escozor y de calor como si estuviese desnudo el dermis. El contacto de los vestidos y de las sábanas y la presion ejercida con los dedos exasperan el dolor contínuo y reproducen el intermitente, aunque á veces cesa este aumentando mucho la compresion.

»El dolor *intermitente* presenta el caracter de las neuralgias; es vivo, lancinante, parecido á una punzada de fuego, ó al que determi-

nan una picadura ó una descarga eléctrica. El color y la temperatura de la piel no ofrecen nada de particular; los tegumentos se cubren de sudor ó estan muy secos. Beau ha visto tres veces el reumatismo de la piel acompañado de un movimiento febril.

»La duracion del mal varía entre un dia y dos semanas. Muda de lugar, pero no tan de pronto como el reumatismo, lo cual mas que á esta última afeccion, le aproxima á la dermalgia de las neuralgias. «El cambio de asiento es gradual, y se parece mas bien al de la erisipela que se llama *ambulante*» (Beau, mem. cit., p. 124). La dermalgia alterna con el reumatismo de los músculos, de las articulaciones y de los cordones nerviosos, y coexiste á menudo con las neuralgias de un nervio fácil de determinar, como el ciático, por ejemplo.

»Se manifiesta mas á menudo en los hombres que en las mujeres; es frecuente en la edad adulta, y ataca esclusivamente á los que ya han padecido reumatismo articular ó muscular. Se declara generalmente cuando ha sufrido el cuerpo un enfriamiento repentino, ó con las vicisitudes atmosféricas.

»No puede confundirse la dermalgia con el reumatismo muscular, pues en este es profundo el dolor y se aumenta con los movimientos, lo cual no sucede en la dermalgia. Esta última da lugar á punzadas parecidas á las que se presentan en las neuralgias, con la diferencia de ser su duracion mas vaga y mas irregular.

»Es visto, pues, que la dermalgia se parece mucho á las afecciones neurálgicas, si bien no duda Beau que su orígen sea enteramente reumático. Nosotros participamos de esta opinion, pero insistiendo en que la naturaleza y la forma de los dolores, no menos que las restantes circunstancias de la enfermedad, son comunes á todas las neuralgias. Este es un argumento mas en favor de la opinion que ya hemos emitido, tratando de hacer prevalecer la teoria que considera al reumatismo muscular como una simple *miodinia*.

»Las aplicaciones emolientes, las bebidas calientes y sudoríficas, los baños y los vejigatorios volantes, con aplicaciones endérmicas de una sal de morfina en el caso de resistirse el mal, tales son los principales agentes de la medicacion. Débese tambien cuidar de que se pongan los enfermos ropa interior de lana, para evitar que se reproduzca la enfermedad.

§. IV. *Reumatismo visceral.*

»Dáse el nombre de *reumatismo visceral* á un dolor en un órgano interno, producido por un reumatismo que se ha desarrollado en él primitiva ó consecutivamente. Caracterizan este reumatismo el trastorno de las funciones del órgano, el dolor, la causa presunta de este, y la ausencia de toda lesion material.

»Háse preguntado si podia residir el reumatismo en todos los órganos indistintamente, contestando unos que solo puede presentarse donde existe tejido muscular ó fibroso (Chomel y Requin, ob. cit., p. 374), y otros que ningun tejido está libre de padecerle. Pero algunos de los autores que han sostenido estas diversas opiniones, confunden voluntariamente el reumatismo y la gota, y colocada la discusion en este terreno, no puede conducir al acierto. Frecuentemente acompañan á la gota accidentes graves, ocasionados por los riñones (mal de piedra), el estómago y los intestinos. Pero estos fenómenos se distinguen por su causa enteramente especial, de los que produce el reumatismo de las vísceras; el cual es una neurosis muy diferente, en nuestro concepto, de las alteraciones flegmásicas que suelen determinar en los órganos interiores el reumatismo articular y la gota.

»Definiremos, pues, el reumatismo visceral diciendo, que es un dolor neurálgico que se supone de orígen reumático y va acompañado de trastornos funcionales, pudiendo afectar todos los órganos en cuya testura entran tejidos musculares y fibrosos. Cuando en la túnica serosa de ciertos órganos existen flegmasias que coinciden con reumatismos articulares, no debe considerarse la enfermedad como un reumatismo visceral, puesto que semejantes lesiones dependen de la estension ó del cambio de lugar de la inflamacion articular. En la actualidad no se llaman ya *reumatismos del corazon* la endocarditis, la pericarditis, la pleuresia ó la neumonia, que se desarrollan durante el curso del reumatismo; pudiéndose solo dar este nombre á las *palpitaciones nerviosas* cuya causa parece ser reumática, á ciertos dolores vesicales, uterinos, á ciertos trastornos de las funciones del diafragma, etc. Luego veremos que estos reumatismos viscerales, tan numerosos antiguamente, son en la actualidad muy limitados, y que en resumen, volveremos á decirlo, solo existen en los órganos musculares, pues los demas son *flegmasias reumáticas* ó diversas alteraciones producidas por la gota, de que no podemos ocuparnos en este momento.

»Resulta pues, que los reumatismos viscerales son afecciones reumáticas de los músculos de la vida orgánica, es decir, de las vísceras en cuya composicion entra tejido muscular. Y como ya hemos tratado de establecer que el reumatismo muscular consiste en una neuralgia; lo mismo decimos del reumatismo de las vísceras, que en nuestro concepto no es otra cosa que una *neuralgia reumática de los músculos de la vida orgánica*, ó en otros términos, una *miodinia* cuyo sitio nosográfico hemos indicado ya. Los caractéres comunes á todos los reumatismos viscerales son: dolores, trastornos de la sensibilidad y de la locomotilidad del órgano, sin otra lesion apreciable, sin calentura y de presunto orígen reumático.

»División — Los reumatismos que van á ocuparnos en algunos párrafos especiales son: 1.° el *del corazon*; 2.° el *del diafragma*; 3.° el

del conducto aéreo; 4.° el *del conducto digestivo*; 5.° el *de la vejiga*; 6.° el *del útero*: en seguida hablaremos del reumatismo cerebral, del del periostio, etc.

»1.° *Reumatismo del corazon.*—Si eliminamos del número de reumatismos del corazon aquellos en que existe una lesion bien determinada del endocardio ó del pericardio, solo nos quedan algunos raros ejemplos de trastornos nerviosos de las funciones del corazon á que poder asignar por causa el reumatismo. Antes que Bouillaud diese á conocer la verdadera naturaleza de los síntomas morbosos que presenta el corazon en las afecciones reumáticas, solo se veian metastasis, retrocesos del reumatismo, que iba á fijarse en el corazon, el pulmon y otras diversas vísceras. Empero son muy pocos los accidentes que en realidad pueden atribuirse á un reumatismo del corazon, y su verdadera naturaleza se halla rodeada de tinieblas. ¿Referiremos á una afeccion de este género el dolor, la opresion y la incomodidad, que esperimentan algunos enfermos en la region precordial ó detrás del esternon, la disnea, las palpitaciones, las lipotimias, los síncopes, la irregularidad y la intermitencia pasagera del pulso? Cuando estos trastornos funcionales son muy marcados, y despues de haber esplorado minuciosa y atentamente el corazon se adquiere el convencimiento de que este órgano se halla exento de alteraciones anatómicas, se puede admitir sin duda alguna que padece un reumatismo el tejido muscular, sobre todo si recaen los accidentes en un enfermo cuyos dolores esternos se hayan disipado ó disminuido con mucha rapidez. Por lo demas, las palpitaciones reumáticas nunca han determinado edema ni hidropesia, pues cuando se han visto estos síntomas, era porque existia ya alguna alteracion material del centro circulatorio. El reumatismo cardiaco se disipa con suma prontitud, desapareciendo entonces como por encanto todos los formidables accidentes que se habian presentado.

»La duracion del reumatismo cardiaco es generalmente efímera: no podria continuar mucho tiempo el dolor, y sobre todo la dificultad que no deja de causar el mal en las contracciones del corazon, sin producir graves desórdenes seguidos muy luego de la muerte.

»Si se sospechase la existencia de un reumatismo cardiaco, deberia tratarse de producir una revulsion enérgica hácia los músculos esteriores de la pared pectoral, con sinapismos y ventosas secas y escarificadas: tambien podrian ser ventajosas las emisiones sanguíneas locales. Pero á todos estos medios debe preferirse la aplicacion de un ancho vejigatorio á la region precordial ó sobre el esternon.

»2.° *Reumatismo del diafragma*; *reumatismo diafragmático ó frénico.*—Se anuncia por un dolor agudo á lo largo de las costillas falsas y hácia las inserciones del diafragma; del cual resulta una sensacion de constriccion y de estorbo durante los movimientos respiratorios, que son dolorosos, difíciles, y mas frecuentes que en el estado normal. Obsérvase una tos seca y fatigosa, disfagia, y dolor cuando el bolo alimenticio atraviesa la abertura del diafragma que da paso al esófago. Tambien se ha designado como síntomas de esta enfermedad el hipo, el delirio, la risa sardónica, y los movimientos convulsivos de los músculos de la cara. Todos estos signos pertenecen igualmente á la inflamacion del diafragma, y no pueden servir para diagnosticar la afeccion reumática.

»3.° *Reumatismo del conducto aéreo.*—Admitiendo una hipótesis semejante á la que imaginaron Musgrave, Barthez y otros, relativamente á la tos reumática y gotosa, fácil seria describir bajo el nombre de reumatismo de la laringe y de los bronquios varios fenómenos morbosos. Se han atribuido al reumatismo bronquial y laríngeo, afonias, toses y disneas, que no podian esplicarse de otro modo. Pero ¿quién distinguirá estos casos de aquellos en que produce iguales efectos una neurosis simple y no reumática?

»4.° *Reumatismo del tubo digestivo.*—«El *reumatismo del estómago*, dice Ferrus, parece presentarse con preferencia en las mujeres. Cuando semejante afeccion se fija por primera vez en este órgano, suelen sobrevenir accidentes bastante alarmantes, tales como: dolor agudísimo en el epigastrio, náuseas, vómitos, ansiedad considerable, con una sensacion de constriccion que los enfermos comparan á la que les produciria una mano de hierro. Pocas veces van acompañados de calentura estos accidentes, y no es infrecuente ver que disminuyan despues de las comidas (art. RHUMATISME, *Dict. de méd.*, p. 588, 2.ª ed.). Generalmente el reumatismo gástrico da lugar á todos los síntomas de la gastralgia, conviniéndole perfectamente el nombre de gastralgia reumática. Efectivamente, se observa incomodidad, peso epigástrico, calambres del estómago; se forma gran cantidad de gases durante las digestiones; son raras las cámaras, y parece disminuida la secrecion de los intestinos. Por lo demas, no puede haber duda sobre la naturaleza de los síntomas gástricos; la falta de calentura, de sed y de rubicundez de la lengua, impide al médico pensar en una inflamacion del estómago.

»El tratamiento mas ventajoso consiste en el uso de fricciones irritantes, de sinapismos, de vejigatorios colocados en la region epigástrica. Al propio tiempo se propinan bebidas aromáticas muy calientes, tales como las infusiones de salvia, de manzanilla, de hisopo, alguna preparacion narcótica en que entren el opio ó las sales de morfina, y la quina. Los baños muy calientes y las fricciones practicadas en varios puntos de los miembros, aumentan la accion de los remedios que acabamos de indicar.

»El *reumatismo de los intestinos* no es una afeccion mejor determinada que el de las de-

mas vísceras. Stoll llama á la disenteria reumatismo de los intestinos «no metafóricamente, y porque haya cierta analogía remota, sino en el sentido propio y genuino de estas espresiones» (*Méd. prat.*, trad. de Mahon, t. VII, página 240). Fúndase para establecer su opinion, en que reinan á un mismo tiempo la disenteria y el reumatismo articular, en la terminacion de la disenteria por reumatismo muscular (loc. cit., p. 258), en ciertas afinidades sintomatológicas, y últimamente, en los buenos resultados que se obtienen reproduciendo el reumatismo en el sistema muscular. No tenemos necesidad de decir que está lejos de hallarse probada la identidad de naturaleza que asigna Stoll al reumatismo y á la disenteria. Bouillaud ha indicado con mucho acierto las numerosas contradicciones que existen sobre este punto en la obra de Stoll: «Este autor, dice Bouillaud, establece por una parte que la inflamacion reumática difiere de la verdadera, y por otra que el reumatismo de los intestinos, es decir, la inflamacion reumática de los intestinos, es la verdadera disenteria, esto es, la verdadera inflamacion de los mismos intestinos (ob. cit., p. 311). Esta oscuridad de lenguaje y de ideas, se esplica por las tinieblas que ocultaban entonces el diagnóstico, y mas aun por las hipótesis á que Stoll como tantos otros sujetaba su entendimiento.

»A veces se observan en los sugetos que padecen lumbago, pleurodinia ó dolores reumáticos en los miembros, cólicos muy agudos seguidos de retortijones, de tenesmo anal, y en ocasiones vesical, de cámaras mucosas y sanguinolentas, disentéricas ó blanquecinas y albuminosas. El vientre está sensible á la presion, y se determina gorgoteo comprimiendo las fosas iliacas; suele conservarse el apetito; no hay sed ni calentura. Habremos de considerar estos síntomas como signos de un reumatismo intestinal?

»5.º *Reumatismo de la vejiga.* —Produce deseos mas frecuentes de orinar (micturicion), dolores vesicales en el momento de la escrecion urinaria, disuria ó iscuria. Algunos enfermos esperimentan dolor en el punto del hipogastrio correspondiente á la vejiga. El mejor signo de la afeccion reumática es la falta de toda alteracion del líquido urinario; si existiese una cistitis, estaria la orina mas ó menos cargada de mucosidad, de materia purulenta, seria mas ó menos amoniacal, alcalina, etc.; pero en la cistalgia reumática conserva sus caractéres normales.

»6.º *Reumatismo del útero.*—Debemos descripciones muy completas de este reumatismo á muchos médicos alemanes, y entre otros á Wigand, Schmidtmuller, Siebold y Carus, de cuyas ideas ha dado cuenta Dezeimeris en su escelente memoria *sobre el reumatismo del útero durante la preñez y el parto* (en el periódico *l'Experience*, n.º 93 y 103; 1839). Antes que se imprimiese esta memoria habia publicado Salathé una interesante disertacion sobre el mismo asunto, en la que refiere las observaciones y reflexiones propias de su maestro Stolz (*Du rhum. de l'uterus*, tésis de Estrasburgo; 7 de mayo de 1838; analizada en *l'Experience*, n.º 112, agosto 1839). Luroth ha dado á luz una observacion muy circunstanciada de esta enfermedad (en el per. *l'Experience*, número 110, agosto 1839).

«El reumatismo, dice Wigand, afeccion propia como es sabido de los músculos y de sus vainas, puede interesar tambien la fibra contractil del útero, y aun presentarse en este punto bajo la forma aguda, indicando su presencia, como en todas partes, por un dolor que encadena la contractilidad y el movimiento, por un aumento de calor y por tumefaccion. Los signos característicos del reumatismo del útero reasumidos en pocas palabras, son los siguientes: sin haber sufrido el órgano violencia alguna, se pone generalmente dolorido, en términos de no poder resistir la palpacion. Este estado va seguido de contracciones uterinas bastante regulares, pero acompañadas, no solo hácia su fin como en el estado natural, sino á su principio ó á su medio, de un dolor agudo que detiene y encadena el movimiento» (estracto de la memoria de Dezeimeris, loc. cit., p. 285).

»Stoltz, que ha estudiado con el mayor esmero el dolor reumático del útero, dice que puede ocupar el fondo ó el segmento inferior de esta entraña. En el primer caso se nota mucho el dolor en la region supra-umbilical, aumentándose por la presion, por el peso de las ropas, y por la contraccion de las paredes abdominales. Cuando reside mas abajo, se nota una tirantez desde los riñones hácia la pelvis, los muslos, las partes genitales esternas, la region sacra y á lo largo de los ligamentos de la matriz. En los casos en que afecta especialmente el segmento inferior, se exaspera el dolor con el reconocimiento por medio del tacto. Los incesantes movimientos del feto causan tambien una desazon nerviosa muy incómoda. Los dolores reumáticos del útero, como los de las demas vísceras, son *movibles* y pasan de un punto á otro. Son tambien *exacerbantes* dejando *remisiones* tan completas, que apenas los sienten las enfermas. Al mismo tiempo se presentan: tenesmo recto-vesical, deseos contínuos de orinar y dolores al tiempo de verificarlo, con esfuerzos infructuosos de espulsion de las materias fecales. ¿Dependerán estos últimos síntomas de la estension del reumatismo al cuello de la vejiga y al recto, ó solo de un influjo simpático? El calor del útero solo en el cuello es apreciable por el tacto; la tumefaccion no se puede percibir.

»*Influencia del reumatismo en el curso de la preñez.*—Cuando los dolores paroxísticos son muy violentos, acaban por determinar contracciones uterinas y el parto prematuro. Esperimenta la mujer dolores fuertes y tensivos; se

endurece el útero parcialmente, y luego en su totalidad; se entreabre el cuello; pero los progresos de su dilatacion no son proporcionados á la intension de los dolores. Mientras no llegue á dos pulgadas esta dilatacion del orificio del cuello, dicen los autores que todavia puede esperarse contener el parto. Joergz asegura haber visto cerrarse de nuevo el orificio, y prolongarse la preñez hasta fines del noveno mes.

»*Influencia del reumatismo en el acto del parto.*—La afeccion dolorosa del útero no permite al parto efectuarse tan rápidamente como en el estado normal. La mujer procura no contraer las paredes del vientre, con lo cual retarda todavia mas los progresos de la criatura. Hállase en un estado de suma ansiedad y postracion, y aun á veces acaba por caer en una especie de colapso que suele ser favorable.

»Despues del parto se ha notado que la matriz se rehacia con menos facilidad, favoreciendo asi la produccion de hemorragias: el flujo loquial y la secrecion láctea eran menores (Dezeimeris, mem. cit., p. 120).

»En el *estado de vacuidad*, el útero afectado de reumatismo se hace asiento de dolores que las enfermas comparan á los de parto, y que se manifiestan con exacerbaciones y remisiones muy marcadas. Con frecuencia hay tambien dolores al tiempo de orinar. No existe flujo sanguíneo ni leucorrea, y por mas que se examine el útero con todo esmero, no se descubre en él ninguna alteracion apreciable. Difícil es distinguir el reumatismo de la matriz de la neuralgia del mismo órgano, sin que baste para salvar esta dificultad la existencia anterior ó la coincidencia de un reumatismo muscular ó articular.

»*Reumatismo de algunos otros órganos.—Reumatismo cerebral.*—Dice Hervez de Chegoin en una nota sumamente breve y muy incompleta, que nadie se ha ocupado del reumatismo de la aracnoides (*Gazette des hôpitaux*, n.° 1, p. 2; 1845); y en verdad que en esto comete un singular error. Stork, Stoll y Scudamore han hablado de meningitis desarrolladas bajo la influencia del reumatismo; Bouillaud menciona esta variedad, aunque solo ha observado una meningitis raquidiana (ob. cit., página 249); y Chomel, que ha visto la misma flegmasia en las membranas del cerebro, da algunos pormenores interesantes sobre otros hechos del mismo género, recogidos por varios autores (ob. cit., p. 208 y sig.). Hervez de Chegoin refiere tres casos de reumatismo cerebral, dos de ellos seguidos de la muerte y sin autopsia: el que lea estas observaciones se convencerá de que no pueden servir para la historia del reumatismo de que hablamos.

»Hánse referido á una afeccion de la dura madre ciertas cefalalgias profundas, que se reproducen mas particularmente por el frio y la humedad, y alternan con reumatismos musculares ó articulares; pero no está probado que residan en semejante sitio estos dolores de cabeza.

»Se ha designado un orígen reumático á ciertos dolores que sobrevienen en el perióstio, en los dientes y en la esclerótica; pero no tenemos datos exactos sobre estos reumatismos, cuya existencia con sobrada razon consideran muy dudosa gran número de médicos.

»Hemos dicho anteriormente, que el asiento primitivo del reumatismo articular es el tejido seroso y no el fibroso de las articulaciones, el cual no puede afectarse sino de un modo consecutivo.

»Se ha preguntado si son susceptibles los nervios de padecer reumatismo. Chomel y Requin se hallan muy dispuestos á creer que cuando el dolor es sordo y se exaspera con los movimientos, tiene grandes relaciones con el reumatismo muscular, y que debe considerarse como neurálgico cuando es lancinante y sigue un trayecto bien marcado (ob. cit., p. 419). Semejante distincion es inadmisible, porque á cada paso estamos viendo reumatismos musculares que producen violentos dolores, sin trayecto bien determinado, es verdad, pero exacerbantes, y con todos los demas caractéres de las neuralgias. Por otra parte recordaremos que, como ya queda dicho, parece muy probable que el reumatismo muscular no sea otra cosa que una neuralgia de los filamentos nerviosos que se distribuyen en los haces musculares, y cuya sensibilidad se desarrolla de un modo anormal bajo la influencia de la afeccion reumática. No existe reumatismo de los nervios; á la afeccion dolorosa, contínua ó lancinante, que interesa estos cordones, se le debe dar el nombre de neuralgia.

»Historia y bibliografia.—No nos ocuparemos de la gota, que describimos en un artículo separado, ni de las memorias particulares que han tenido por objeto dar á conocer nuevos tratamientos, pues ya las hemos indicado al hablar de este último. Solo nos resta enumerar los principales descubrimientos que debe la ciencia á algunos autores cuyas obras merecen mencion especial.

»Los antiguos observaron el reumatismo describiéndole bajo el nombre de *artritis* ó de *enfermedades de las articulaciones*; Areteo y Celio Aureliano le distinguieron perfectamente de la gota. Sin embargo, Van-Swieten dice con razon que es muy verosímil que diesen los nombres de artritis y de podagra á todos los dolores de las articulaciones y de las partes esteriores del cuerpo (*Com. in Boerhaavi aphor.*, t. V, p. 298, en 4.°, París, 1773). Seria entrar en una discusion tan larga como estéril, tratar de comentar los diferentes pasages de los autores griegos y latinos relativos al reumatismo y á la gota. Y por otra parte, ¿por qué no habian de reunir en una sola y única descripcion dos enfermedades que tantos médicos de nuestra época consideran como idénticas?

»El capítulo consagrado por Sidenham á la

descripcion del reumatismo contiene pormenores prácticos importantes aunque poco numerosos. Dice de un modo positivo que el reumatismo difiere esencialmente de la gota, y trae una descripcion bastante exacta de los reumatismos muscular y visceral, dando á este último la singular denominacion de *reumatismo escorbútico* (*Opera omnia*, sect. VI, cap. 6).

»Cullen, que trata á parte del reumatismo y de la gota, dejó una descripcion tan exacta del primero, que todavia se halla al nivel de la ciencia, sobrepujando en mucho á cuanto han escrito sobre el mismo asunto Pinel, Bichat, y los discípulos de estos dos eminentes profesores. No descuidó Cullen parte alguna de la historia del reumatismo: empieza manifestando que la enfermedad ofrece todos los caractéres de las inflamaciones, y que difiere de la gota por signos característicos que indica con claridad y precision, y á los que poco ó nada puede añadirse; distingue un reumatismo articular, agudo y crónico, y un reumatismo muscular; da á conocer su verdadero asiento, causas esteriores, síntomas, fases y diagnóstico diferencial, y últimamente espone muy bien la terapéutica (*Elem. de méd. prat.*, t. I, página 433, en 8.°; París, 1819). Leyendo con atencion las páginas escritas por Cullen, nos hemos admirado de que siendo tan dignas de elogio, apenas las hayan citado los autores modernos, al paso que por el contrario invocan continuamente los nombres de Sidenham, de Stoll y de Barthez, cuyos escritos sobre el reumatismo no admiten comparacion con la obra de Cullen.

»Stoll cree que la inflamacion reumática es enteramente distinta de la verdadera inflamacion (*Méd. prat.*, trad. de Mahon, t. I, p. 84), y sin embargo atribuye á la primera desórdenes que no difieren de los que caracterizan las inflamaciones mas legítimas. Hé aquí una prueba entre otras muchas: «en la inflamacion pulmonal, dice, cortando una parte de este órgano y echándola en agua se precipita al fondo, lo cual ó no sucede, ó se verifica de un modo mas lento y mas difícil, respecto de los pulmones de los que padecen reumatismo» (loc. cit., p. 91). No menos ilusorios son los demas caractéres diferenciales que indica, y hasta se ve precisado á decir que «en las escuelas se distingue bien la inflamacion reumática de la verdadera; pero á la cabecera de los enfermos, y por desgracia suya, se las confunde muy á menudo, porque pueden acompañar á la primera una violenta calentura, un dolor atroz de costado, que simulen en tanto grado la pleuresia verdaderamente inflamatoria, que se haga facilísimo y casi inevitable el error» (loc. cit., p. 93). Ha hecho Stoll con el reumatismo lo mismo que con la bilis, atribuyéndoles á ambos el exorbitante poder de modificar el caracter de la inflamacion, que ora es biliosa, ora reumática, y á menudo participa de una y otra naturaleza. «Conviene entonces examinar cuál es el vicio predominante, si el reumatismo ó la bilis, empezando por oponerse al uno ó al otro, y empleando un método compuesto ya que la enfermedad lo es» (loc. cit., p. 93). Se ha admirado mucho la sagacidad de Stoll, que sabia distinguir si una pleuresia ó una neumonia eran biliosas ó reumáticas; pero ni los síntomas ni el efecto de los agentes terapéuticos prueban que la naturaleza de tales flegmasias fuese realmente la que él asegura. No podemos continuar una discusion que nos obligaria á examinar la teoria de las inflamaciones específicas y de su tratamiento, contentándonos con establecer que las descripciones de Stoll estan harto á menudo vaciadas en el molde de sus hipótesis favoritas, y que no se puede tomar de las páginas que consagra al reumatismo ningun dato seguro para el diagnóstico ni para el tratamiento de la enfermedad principal y de sus complicaciones.

»Pinel en su *Nosografia filosófica* considera el reumatismo articular como una inflamacion de los tejidos fibrosos de las articulaciones y el reumatismo muscular como una inflamacion de los músculos. Bichat cree que el reumatismo reside esclusivamente en el sistema fibroso y los ligamentos (*Ultimo curso de anatomia patológica* publicado por Boisseau en 1825). Gasc sostuvo en una memoria publicada en 1803 (en *Mém. de la Soc. méd. de emulat.*), que el reumatismo articular es un estado inflamatorio de las membranas fibrosas y de los ligamentos, y que el muscular afecta especialmente los músculos de la vida animal.

»Chomel reunió en su *Ensayo sobre el reumatismo* (tésis de París, 1813) los materiales de una buena descripcion de esta enfermedad. Hizo resaltar sus síntomas inflamatorios; pero sin embargo, pareciéndole que diferia de las inflamaciones bajo ciertos aspectos, la colocó al final de la clase de las flegmasias. En una obra mucho mas completa que ha publicado despues en union con su discípulo Requin (*Leçons de clinique médicale faites á l'Hôtel-Dieu*, en 8.°; París, 1837), trata de probar que el reumatismo es de una naturaleza propia y específica.

»El nombre de Bouillaud figura del modo mas honroso en la historia del reumatismo, desde que con tanto tino describió este mal en sus *Nuevas investigaciones sobre el reumatismo articular agudo*, etc. (en 8.°; París, 1836); y despues en su *Tratado del reumatismo articular* (en 8.°; París, 1840), que es el primer opúsculo presentado con mas estension. En estas dos obras ha reunido los hechos clínicos mas numerosos y mas capaces de poner en evidencia cierto número de proposiciones patológicas, que si bien al principio se rechazaron injustamente, han acabado por hacerse moneda corriente entre los médicos ilustrados. Apenas hay necesidad de recordar, que á sus laboriosas investigaciones y á su sagacidad se debe el conocimiento del sitio y verdadera naturaleza del reumatismo articular, de las complicaciones

que tan á menudo existen en las vísceras, de las causas y el modo de producirse las alteraciones agudas y crónicas del corazon, etc. La anatomía patológica, el estudio riguroso de cada síntoma, el curso, el encadenamiento de las complicaciones y el tratamiento, se hallan estensamente dilucidados en la descripcion nosográfica que hace este autor. Si solo á fuerza de trabajo y de acumular pruebas sobre pruebas ha logrado que triunfen ciertas verdades, al menos ha tenido la satisfaccion de que los hombres imparciales hayan reconocido la exactitud de sus observaciones clínicas, aceptando sus resultados como hechos positivos» (Mon. y Fl., *Comp. de méd. prat.*, t. VII, p. 372-419).

ARTICULO II.

De la gota.

«La palabra gota se deriva de *gutta*, gota; etimología de orígen enteramente humoral, que indica que la enfermedad es producida por las gotas de algun humor que se derrama en las articulaciones.

»Sinonimia.—Αρθριτις, de los médicos griegos; ποδαγρα, de Hipócrates; *morbus articularis* de Plinio; *gutta* de Bartholin; *arthritis* de Fernelio, Sauvages y Vogel; *podagra*, de Boerhaave y Cullen; *arthrosia podagra*, de Good; *febris podagrica* de Vogel: *podagra arthritis cauma podagricum* de Young; *arthroncus podagricus*, *arthrodynia podagrica* de Swediaur; *gota* de Pinel y de la mayor parte de los autores franceses del último siglo; *reumatismo articular crónico* de algunos autores modernos.

»Definicion. — Cullen define la gota «una enfermedad hereditaria, que sobreviene sin causa esterior apreciable, precedida comunmente de algun desórden del estómago, acompañada de fiebre y de dolores vivos; que ocupa en general las coyunturas, especialmente las del dedo gordo del pie, ó por lo menos algunas articulaciones de los pies ó de las manos; que se manifiesta por accesos, y que se complica muy frecuentemente con desarreglos de los órganos digestivos ó de otras vísceras» (*Synopsis nosol. method.* y *Elem. de méd. prat.*, t. I, p. 458, en 8.°; 1819). Poco tendríamos que decir sobre esta definicion, en que estan anotados cuidadosamente los principales caractéres de la enfermedad, si no viesemos omitido en ella uno de los mas esenciales, que es el que resulta de la presencia de las concreciones gotosas; si bien es justo decir que los depósitos salinos no se hallan todavia formados en los primeros ataques de gota aguda.

»Dice Hoffmann que la gota consiste en un espasmo violento, determinado por la irritacion que causa la serosidad ácre y salada que fluye en abundancia de las pequeñas arterias y de las glándulas situadas en los ligamentos; espasmo que afecta las membranas y los ligamentos de los huesos, y provoca los síntomas violentos y las diferentes sensaciones que esperimentan los enfermos, y que va acompañado ademas de movimiento febril y de la inflamacion de las partes afectas (*Méd. ration.*, part. II, sec. II, p. 340, *Op. om.*, t. I, en fól., Ginebra; 1761). Inútil es que nos detengamos en una definicion, en que domina la teoría enteramente hipotética del espasmo, principio á que ha hecho representar este autor tan gran papel en la produccion de las enfermedades. Esta afeccion espasmódica ha sido admitida por otros muchos autores, que la han hecho entrar en sus definiciones tan infundadamente como Hoffmann.

»Boerhaave considera la gota como una afeccion dolorosa, situada alrededor de los ligamentos de los huesos del pie y de las coyunturas, y sujeta á recidivas en primavera y en otoño: «Podagra vocatur dolens admodum »ægritudo circa ligamenta ossium pedis et circa »juncturas horum vere et autumno maximè re»vertens» (*Comment. in aphor.*, t. IV, p. 251, en 4.°; París, 1773). Este modo de caracterizar la enfermedad es muy vago, y no permite distinguirla, por ejemplo, del reumatismo; pero en todo caso es preferible á la definicion fundada en un supuesto conocimiento del mal. Ya Fernelio habia dicho antes de Boerhaave: «Ar»thritis articulorum est dolor ex intervallis fe»re invadens» (*Patholog.*, lib. VI, cap. XVIII, p. 211; *Traject ad Mœnum*, en 4.°; 1656).

»Segun Scudamore, la gota es «una enfermedad propia de la constitucion, que produce una inflamacion local esterior de un género particular, cuya susceptibilidad depende muchas veces de la conformacion y de la constitucion hereditaria, aunque mas frecuentemente es adquirida; enfermedad que nunca se encuentra antes de la pubertad, rara vez antes de los veinticinco años, y mas frecuentemente entre los veinticinco y cuarenta; que afecta principalmente á los hombres, y en particular á los que tienen el pecho ancho y desarrollado y estan dotados de un temperamento pletórico, circunscribiéndose habitualmente en el primer ataque á un solo pie, y por lo regular á la primera articulacion del dedo grueso, aunque en los ataques sucesivos se estiende á ambos y á otros orgános, como las manos, las rodillas y los codos, é interesa no solo las articulaciones sino tambien los demas tejidos pertenecientes á los órganos del movimiento; enfermedad que afecta diferentes partes á un tiempo ó sucesivamente, acompañada por lo regular de una fiebre inflamatoria simpática, comunmente con exacerbaciones nocturnas y remisiones á la madrugada, muy dispuesta á reproducirse por intervalos periódicos, y anunciada casi siempre por síntomas precursores» (*Traité sur la nature et le traitem. de la goutte et du rhumatisme*, trad. del inglés por Deschamps, en 8.°; París, 1820).

»Nosotros definimos la gota «una enferme-

dad general, remitente, aguda ó crónica, que da lugar á un trabajo morboso local, que afecta especialmente las coyunturas, sobre todo las de los pies, produciendo dolor, hinchazon y rubicundez, tanto en ellas como en los tejidos circunyacentes. Otro caracter no menos esencial tiene la enfermedad, y es el que resulta de la secrecion de una materia salina, que se deposita alrededor de las coyunturas.

»Divisiones.—Se han multiplicado hasta lo infinito las divisiones nosológicas de esta enfermedad, por manera que pareciéndose en esto al escorbuto, ha llegado á abrazar toda la patologia interna. Nos guardaremos muy bien de recorrer todas esas distinciones, fundadas la mayor parte en errores de diagnóstico, ó en una etiologia enteramente hipotética, recordando solo las principales, puesto que las demas encontrarán su debido lugar en el curso de este artículo.

»Se ha dividido la gota en *hereditaria* y *adquirida*. Se llama *regular*, *fija*, *inflamatoria*, cuando recorre todos sus períodos en una ó muchas coyunturas á un tiempo, y va acompañada de síntomas inflamatorios. Tambien se la ha denominado *gota cálida* ó *erisipelatosa*, á causa de la manifestacion de los síntomas indicados. La gota *irregular* ó *vaga* es la que, despues de haber ocupado una ó varias coyunturas, las abandona para invadir el tronco ó una víscera interior, aunque tambien puede, sin dejar su primer asiento, declararse en otros órganos, como el pulmon, el estómago, y el hígado.

»La gota *edematosa* ó *fria* es aquella forma de la enfermedad en que las coyunturas estan poco doloridas, y tienen un grado de calor poco elevado. La gota crónica toma este nombre á causa de su duracion y de su curso; es *fija* ó *movible* como la aguda, es decir, que ocupa siempre unos mismos puntos, ó puede trasladarse de un órgano á otro.

»La gota *verdadera* y *legítima* es la que da lugar á todos los síntomas comunes de la enfermedad. La *falsa* no es mas que un conjunto de síntomas entre los cuales se hallan algunos propios de la gota; pero esta afeccion solo ocupa el segundo órden: tales son las gotas *sifilítica* y *escorbútica*. En la gota *sub-intrante* se suceden los accesos casi sin interrupcion. Tambien se han distinguido gotas *parcial*, *universal*, etc., gota *ácida* y gota *alcalina*. Esta última division, fundada en el examen de las cualidades de la orina, fue propuesta por Cayetano Tacconi, y aplaudida por Mariano de Saint-Ursin (*Etiologia y terapéutica de la artritis y del cálculo*); pero es enteramente falsa y se apoya en un error. En efecto, ignoraban estos dos autores que la orina es ácida en el estado normal y en la gota, no volviéndose alcalina á no ser que el líquido escretado haya sufrido un principio de alteracion.

»La gota *interna* ó *de las vísceras*, llamada tambien por Musgrave gota anómala ó irregular, es la que se desarrolla consecutivamente á la de las coyunturas.

»Muy pocas de estas divisiones son importantes, y no falta razon á Sauvages y Cullen para suponer que solo hay una especie de gota (*Elem. de méd.*, loc. cit., p. 458). Hamilton la divide en aguda y crónica (*Lettre sur la goutte*, p. 74; 1806). Latham ha seguido el mismo ejemplo. Scudamore admite solo tres gotas; la aguda, la crónica, y la retropulsa (ob. cit., p. 12). Barthez describe separadamente la gota de las articulaciones, la consecutiva á otra enfermedad, y la interna ó de las vísceras interiores (*Traité des maladies goutteusses*, 2 vol. en 8.°; París, 1802). Cullen, Boerhaave y otros muchos autores, prescinden de estas sutiles distinciones teóricas, y nosotros seguiremos su ejemplo, describiendo solamente: 1.° *una gota aguda*; 2.° *otra crónica*; 3.° *otra interna*; 4.° *otra complicada*. Comprenderemos en esta última la de las vísceras internas; y en cuanto á las demas formas de la enfermedad las mencionaremos en el curso de este artículo.

»Alteraciones cadavéricas.—La gota aguda rara vez produce la muerte de los enfermos, á no ser que exista alguna de las complicaciones que indicaremos mas adelante. Sin embargo, como los desórdenes que deja en pos de sí esta enfermedad son siempre idénticos y no varian mas que en el grado, sirviendo para caracterizarla mejor todavia que los síntomas, vamos á trazar su cuadro, advirtiendo solo al lector que se observan principalmente en la gota crónica; la cual por su duracion y sus frecuentes recidivas acaba por acarrear lesiones mas profundas. Son muy variables su asiento y naturaleza; ora estan afectados mas especialmente los ligamentos y los fibro-cartílagos, ora las superficies articulares, los huesos, ó el tejido celular circunyacente, en el cual se depositan concreciones de una materia enteramente particular.

»*Concreciones formadas por la gota, tofos, cálculos artríticos.*—La mas característica de estas lesiones es el depósito de una materia concreta, que forma las *concreciones gotosas.* Aunque su asiento es variable, suelen encontrarse con mas frecuencia fuera de las cápsulas articulares. Fernelio sostiene que la materia gotosa no se derrama nunca, ó por lo menos muy rara vez, en la cavidad articular, y que se infiltra sobre todo en los ligamentos, las membranas, y los tendones (*Pathologie*, lib. VII, cap. XVIII, p. 212, en 4.°; 1656). Esta opinion se halla confirmada por las investigaciones de los autores que han escrito sobre la anatomia patológica de la gota; pero tiene el defecto de ser demasiado absoluta. En efecto, Areteo declara que pueden las coyunturas ser el asiento de las concreciones: «in articulis »quoque tophacæa quædam coalescunt; ab initio »quidem velut abscesus.... postquam vero ma»gis spissantur, etiam concreto humore diffi»ciles fiunt inflexiones: demum solidi tophi albi

»consistunt.» Harder, Schneider, y Dobrzensky, cuyas observaciones refiere Bonet, encontraron estas concreciones en las cavidades articulares. Despues de haber invocado Morgagni el testimonio de los autores que han reconocido que podia derramarse la materia dentro de las articulaciones, refiere minuciosamente una observacion en que ocupaba sin duda alguna este asiento, y termina diciendo: «Neque erit, cur »dubites, num revera intra ipsa articulorum »cava concrescant» (*De sedib. et caus. morb.*, epist. LVII, §. 3). Estas citas, á las que podriamos añadir otras mas modernas, demuestran que la materia tofácea puede segregarse en lo interior de las coyunturas, por la cara libre de las sinoviales y de las bolsas mucosas en que se deslizan los tendones.

»El caso mas comun es indudablemente aquel en que se infiltra en los tejidos que rodean las superficies articulares, y particularmente en los ligamentos, en la cara esterna de las cápsulas sinoviales y de los fibro-cartílagos inter-articulares, y en las membranas fibrosas. Tambien se ha visto al tejido celular que rodea las coyunturas hacerse asiento de la secrecion, y á la materia calcárea acabar abriéndose paso al través de la piel ulcerada. Apenas hay autor que no haya tenido ocasion de encontrar enfermos cuya piel, perforada por úlceras de esta naturaleza, daba paso á la materia calcárea que formaba su fondo. No es el tejido celular que rodea las coyunturas el único en que suelen encontrarse depósitos de esta materia calcárea. Morgagni la ha visto infiltrarse en el tejido de las mamas en un individuo vigoroso que padecia una gota aguda hereditaria (loc. cit., p. 157, edic. de Chaussier, t. VI). Nosotros hemos hecho la autopsia de un militar anciano, que sucumbió á repetidos ataques de gota, y que tenia plagados todos sus miembros. Levantando la piel de los pies, ó practicando en ella incisiones con el escalpelo, la serosidad abundante que infiltraba el tejido celular salia mezclada con una materia blanquecina, enteramente semejante á una disolucion clara de yeso, la cual habia invadido todas las coyunturas, la cara esterna de los ligamentos y de los tendones, su vaina, y todo el tejido celular circunyacente, abundando especialmente en el dorso del pie, hácia las articulaciones metatarso-falangianas y los tobillos; aunque tambien existia en menor cantidad en la parte inferior de la pierna, y alrededor de ambas rodillas: habian sido atacadas asimismo las dos manos, las muñecas y los codos. Con nada puede compararse mejor el aspecto de los tejidos infiltrados de esta sustancia, que con el que presentarian si se los hubiese inyectado y cubierto de yeso fino mezclado con agua; el tejido huesoso y los cartílagos de incrustacion estaban sanos.

»Scudamore ha visto tambien formarse las concreciones, no solo en diferentes partes situadas en el interior de las membranas sinoviales, sino tambien bajo las capas de la piel: «Las he visto, dice, llenar las bolsas mucosas y condensarse mucho en las vainas de los tendones, dando una sensacion igual á la de una piedra; en la membrana celular, formando masas duras ó blandas, y debajo del epidermis dispuestas á escaparse:» tambien refiere varios casos en que levantada la piel por las concreciones, habia llegado á ulcerarse abriéndoles paso. En algunos enfermos, cuyas manos y pies eran asiento de concreciones, le pareció que habian adquirido una dureza y fragilidad estraordinarias las uñas de los dedos de los pies (ob. cit., p. 47).

»De lo dicho resulta, que el asiento anatómico de las concreciones no siempre es uno mismo; la sustancia que las constituye se encuentra en lo interior de las membranas sinoviales, en el tejido fibroso, en las vainas de los tendones y aun en su interior, y finalmente en el tejido celular, quedando así desmentida toda doctrina que propenda á hacer considerar la gota articular, ya como una afeccion esclusiva de los tejidos fibrosos, ya como una enfermedad propia de la serosa sinovial. Los hechos referidos por Scudamore (ob. cit, p. 42), por Guilbert (art. GOUTTE, *Dict. de scien. méd.*, p. 152), y por otros autores, no dejan ninguna duda en este punto: «prueban, dice Guilbert, que la gota articular no es una afeccion propia del tejido fibroso, del seroso, ni del celular, sino que puede atacarlos juntos ó separadamente» (loc. cit.).

»*Forma de las concreciones gotosas.*—Generalmente la materia salina no ofrece ninguna forma particular, pues ora se mezcla bajo la forma de granos y de materia gipsácea á la sinovia amarillenta y espesa que contiene la articulacion, ó al pus segregado por los tejidos inflamados; ora se concreta en la superficie de los cartílagos ulcerados anteriormente, se incrusta en los huesos y separa las coyunturas, interponiéndose entre las superficies articulares, las cuales suelen encontrarse enteramente envueltas en una capa de materia gipsácea. Las aponeurosis, los ligamentos, los tendones, y la misma piel, se incrustan de materia calcárea, y forman en ciertos casos chapas de una dureza notable. No hablaremos de las concreciones que suelen encontrarse en el pulmon ó en otras vísceras, porque la mayor parte de ellas no tienen el orígen gotoso que les han atribuido los autores. Tampoco deben confundirse con las concreciones artríticas las induraciones que se forman en el trayecto de los tendones y en las bolsas mucosas, las cuales se designan con el nombre de nodosidades ó *nodos*, y dependen de la hinchazon del tejido fibroso, ó del depósito de materias tofáceas en el tejido celular. Hay una triple teoria, dice Ferrus, sobre la formacion de los nodos estra-articulares y estra-tendinosos: 1.º algunos médicos creen que son debidos al depósito de un líquido linfático en las mallas del tejido celular; 2.º otros, que proceden de un quiste seroso desarrollado ac-

cidentalmente; 3.º y finalmente, la opinion mas general es que son debidos á la trasudacion de la sinovia por la superficie esterna de las cápsulas que rodean algunos tendones muy movibles» (art. GOUTTE, *Dict. de méd.*, 2.ª edicion, p. 215).

»La materia tofácea existe primero en suspension en el líquido derramado, y absorvida esta última porcion únicamente, forma un depósito que persiste mas ó menos tiempo, y se aumenta á medida que se efectúan nuevos derrames de materia líquida. Los resíduos que deja en pos de sí cada ataque de gota producen esas singulares deformidades que afectan las coyunturas.

»Las concreciones artríticas, ó mas bien la materia salina, pueden estar depositadas, como hemos dicho, ora en las coyunturas, ora en otros tejidos, dividiéndose por consiguiente en *articulares* y *no articulares*. La observacion demuestra fácilmente que las concreciones suelen afectar estos dos caractéres en un mismo individuo. Recordemos por otra parte, que se forman frecuentemente en los músculos, en el mismo tejido huesoso, en el periostio, en los fibro-cartílagos, en los tendones, en las aponeurosis, ó en la cara libre y adherente de las sinoviales; lo cual induce á creer que el tejido celular es la matriz comun donde se deposita la materia salina.

»*Composicion química de las concreciones.*— Sin recordar aqui las analisis imperfectas de la química antigua, que ofrecen muy escaso interés, advertiremos sin embargo que en todos tiempos ha llamado la atencion de los médicos la grosera semejanza de las concreciones gotosas con los cálculos vesicales, y el ver que en los viejos gotosos se calmaba el dolor cuando la orina formaba un depósito de una materia blanquecina en gran cantidad. Los esperimentos de Schenckius, de Pinelli y de Tacconi, deben considerarse como simples ensayos, que dieron poca luz sobre la composicion de los tofos gotosos. En los últimos siglos se creyó generalmente que era su composicion igual á la de los huesos; opinion que sigue Van Swieten, cuando despues de haber espuesto con su erudicion habitual los trabajos emprendidos sobre este punto por los químicos, añade: «Ex ante »dictis enim constat cretam podagricam illas »habere dotes, quæ inveniuntur in terrea par»te ossium, quæ cartilagini addita illam red»dit osseam» (loc. cit., *Comment. in aphorismos*, 1261; p. 287). Herissant (*Hist. de l'Acad. des scien.*, año 1758, pág. 429), Barthez (ob. cit., p. 44), y otros autores mas modernos, han admitido esta identidad de ambas sustancias. Pero el primer trabajo importante es el de Tennant, quien las encontró formadas de ácido úrico y de sosa. Habiendo repetido Fourcroy los esperimentos, comprobó igualmente la existencia de urato de sosa, y ademas la de una materia animal que constituye su mayor parte (*Systeme des connais. chim.*, t. X, p. 267). Los mismos resultados obtuvieron Pearson y Wollaston (*Phil. transact.*, p. 386; 1797).

»Vauquelin analizó en varias ocasiones concreciones gotosas, y reconoció que estaban compuestas de sobre-urato de sosa, que formaba casi su totalidad, de una corta cantidad de urato y de fosfato de cal, y de una materia fibrosa anómala (art. cit. del *Dict. de méd.*, p. 159). Laugier encontró en lugar de sobre-urato de sosa, ácido úrico saturado por un grande esceso de base; hé aquí su analisis: 8,3 de agua; 16,7 de materia animal; 16,7 de ácido úrico; 16,7 de sosa; 8,3 de cal; 17,7 de cloruro de sódio; 16,7 de pérdida. Wurzer obtuvo por su parte casi los mismos resultados. Berzelius, que los cita en su obra, se admira de la conformidad que existe entre estos dos analisis, y cree que debe haber grandes variedades en la composicion de los cálculos artríticos. Esta opinion merece ser examinada, si bien está ya confirmada por los analisis de Wollaston, que encontró cálculos formados en gran parte de urato amoniacal; por el de John que los halló constituidos por carbonato y fosfato de cal, y por otros que han hallado agua, adipocira, carbonato, fosfato, é hidroclorato de potasa, fosfato y carbonato de cal. No obstante, podemos afirmar que la combinacion del ácido úrico con la sosa y la cal es la mas constante.

»Los cálculos artríticos y los derrames de materia salina alrededor de las coyunturas, son lesiones muy comunes en los paises frios y húmedos, como Alemania, Inglaterra y Holanda. Sin embargo, no debe considerarse esta produccion como una cosa constante, puesto que Scudamore, que observaba en Inglaterra, dice que entre 106 casos de gota solo encontró concreciones en 21. Esta proporcion es mucho mayor en otros autores. Por lo demas no son las concreciones de urato las únicas lesiones propias de la gota, sino que hay tambien otras que deben enumerarse.

»A veces pierden su pulimento las superficies articulares. Está la sinovial roja, inyectada en su cara libre, cubierta de granulaciones encarnadas, y destruida en ocasiones completamente por ulceraciones que dejan descubierta la estremidad articular de los huesos. Tambien se encuentra en ciertos enfermos una ligera capa de sustancia salina y calcárea, aplicada sobre los huesos denudados. El museo de Hunter en Glasgow contiene muchas preparaciones anatómicas que ofrecen estas particularidades. Scudamore, que las refiere minuciosamente, habla tambien de un sugeto en quien hizo Brodie las siguientes observaciones: «no habia ningun vestigio de cartílago en la rodilla izquierda; las partes correspondientes á la rótula y á los cóndilos del fémur estaban gastadas en forma de surco por su roce mútuo, y presentaban sin embargo una superficie compacta, sin descubrir la estructura reticular, como habria sucedido si el roce hubiera tenido lugar en un cadáver. En otros puntos en que

el hueso estaba privado de sus cartílagos, se hallaba cubierto por una ligera capa de materia blanca calcárea.» Se ha observado en algunos individuos, que la sustancia de los huesos estaba reabsorvida á trechos, resultando de aquí depresiones y deformidades bastante singulares en los dedos, especialmente en el gordo del pie.

»*Exámen físico y químico de los diferentes humores.*—Confundimos en un mismo estudio las alteraciones de los sólidos y de los líquidos, porque nos parecen unidas por relaciones íntimas, que pueden ilustrar algun tanto sobre la naturaleza de la enfermedad.

»*Sangre.*—Falta todavia un analisis químico exacto de este líquido. Algunos dicen que la sangre de los gotosos es roja, espesa y fácilmente coagulable, y que se cubre de una costra gruesa cuando la enfermedad afecta la forma aguda. Sidenham afirma, que la sangre sacada durante el acceso es muy semejante á la que se obtiene en el reumatismo ó en la pleuresia; pero semejantes datos no son bastante exactos, para aclarar la historia de las alteraciones de la sangre. Turck, que se dejó llevar en su obra de consideraciones puramente hipotéticas, admite que la sangre de los gotosos contiene menos sosa, y que la disminucion de esta base depende en parte de la actividad de los emuntorios destinados á dar secreciones salinas, y mas todavia de la disminucion de actividad de los órganos que segregan líquidos ácidos (*Traité de la goutte et des maladies goutteuses*, p. 153, en 8.°; París, 1837). Aserciones que se apoyan en tan livianos fundamentos no merecen una refutacion formal. El estudio de las propiedades físicas de la sangre, como su color y consistencia y la cantidad relativa del suero y cruor, solo suministra datos vagos; pues en efecto, nadie ignora cuán engañoso es el examen de estas propiedades aisladas. Por ejemplo, la existencia de un coágulo cubierto de costra no prueba que la gota sea una inflamacion, puesto que la costra inflamatoria puede presentarse en enfermedades que estan muy lejos de ser inflamaciones, como por ejemplo, en la clorosis. Unicamente al analisis química corresponde determinar las proporciones de los diversos elementos de la sangre.

»Copland se inclina á creer, que hay un esceso de urea en la sangre de los gotosos y la de los individuos que viven de alimentos muy azoados (*Dictionary of practical médecine*, artículo BLOOD, t. I, p. 188). Un médico inglés llamado Weatherhead emite esta misma opinion, que no se apoya en ninguna analogia rigorosa. Segun Rayer, «es muy probable que la sangre en la gota esté cargada de ácido úrico, de uratos, ó de sus elementos (*Traité des maladies des reins*, p. 234, t. I, en 8.°; París, 1839). Forbés admite la presencia del ácido úrico en la sangre.

»La patologia humoral no posee ningun analisis exacto del sudor de los gotosos. Las observaciones hechas por Berthollet, Hoffmann, y Antonio Petit, son harto insignificantes para que las mencionemos. Berthollet y Selle habian encontrado ácido el sudor de los gotosos; pero esta propiedad, lejos de pertenecer á la enfermedad, constituye por el contrario el estado normal. Turck dice, que en el intervalo de los accesos pierde la traspiracion su carácter ácido, ó por lo menos le ofrece en muy corto grado (ob. cit., p. 107); pero esta observacion no se apoya en ningun hecho positivo, y ademas es preciso recordar que aquel autor hace representar un gran papel á la disminucion de los ácidos. Masson Good cree que la materia blanca depositada en la superficie del cuerpo de un enfermo observado por Swediaur, era urato de sosa (*Lond. Med. Gaz.*, vol. XV). Scudamore y Prout examinaron la camisa de franela de un gotoso que presentaba en muchos puntos manchas de una materia animal, que tenia la apariencia de un sedimento formado por el ácido úrico, y no encontraron ninguna señal de su presencia (Scudamore, ob. cit., página 560); de donde se infiere que las alteraciones del sudor son todavia desconocidas.

»*Orinas.*—Creemos deber omitir los numerosos trabajos que se publicaron en una época en que la química, poco adelantada todavia, no podia suministrar ningun analisis exacto. Hoy que el estudio de las alteraciones de la orina se ha enriquecido con numerosos descubrimientos, y que se ha fijado la ciencia en muchos puntos, nos parece mas útil esponer los analisis químicos hechos últimamente.

»La orina se segrega en menor cantidad poco tiempo antes del acceso, y sobre todo durante este, presentando un color muy subido, y un peso específico mucho mayor que en el estado normal. Scudamore, que ha hecho esperimentos comparativos sobre la orina sana y la de los gotosos, encontró que el peso de esta era 1,010 1,015, y en algunos casos de 1,035 á 1,040. Este aumento del peso específico depende de la disminucion de la cantidad de agua contenida en la orina. Ofrece este líquido una acidez considerable, debida al esceso de ácido úrico. En el intervalo de los accesos y durante los mismos forma muchas veces el ácido úrico una gran parte de los depósitos ó sedimentos que se observan de un modo tan constante en la orina de los gotosos, presentándose cristalizado bajo la forma de hermosos prismas romboideos, fáciles de distinguir con el microscopio. La presencia del cálculo úrico en los gotosos se esplica por la composicion de los sedimentos rojizos que acabamos de indicar.

»Los que han observado los autores, y designado muchos, como Vogel y Proust, con el nombre de *ácido rosácico*, se componen en gran parte de ácido úrico, mezclado con urato amoniacal y con fosfatos. Debemos á Scudamore una série de analisis muy bien hechas sobre este punto (ob. cit., p. 160). Este autor ha investigado tambien la proporcion de ácido fos-

fórico en la orina de los gotosos, y la ha encontrado muy considerable. Este ácido se combina con la cal y la magnesia, produciendo sales que concurren con el urato amoniacal á formar los sedimentos de la orina.

»Apoyado Berthollet en numerosas observaciones, pretende que el ácido fosfórico se halla habitualmente en menor proporcion en la orina de los gotosos, haciéndose igual á la que existe en los demas hombres, y mucho mayor que en el estado ordinario de los gotosos, en la invasion y en todo el curso de los ataques de gota. Scudamore, que emprendió una larga série de esperimentos para apreciar las cantidades relativas de ácido fosfórico en los gotosos y en las personas sanas, deduce que no puede admitirse la opinion de Berthollet, y añade que el ácido fosfórico no está libre en la orina, sino combinado con bases, como son el amoniaco, la cal y la magnesia. Richerand supone que al aproximarse los accesos de gota se disminuyen los elementos fosfóricos de la orina, dirigiéndose al parecer á las articulaciones, para formar en su inmediacion concreciones artríticas (*Elementos de fisiologia*). Esta opinion es inadmisible, si se atiende á que casi todas las concreciones estan formadas por uratos de sosa y de cal.

»Cuando se ve en una ciencia reproducirse incesantemente una hipótesis, aunque con las modificaciones que le imprimen las doctrinas reinantes ó los descubrimientos mas recientes, hay motivo para creer que esta hipótesis se apoya en uno ó varios hechos incontestables, cuya interpretacion es la única que puede variar. Tal ha sucedido precisamente respecto de la alteracion de las orinas en la gota. A todos los autores les ha llamado la atencion que las orinas en el momento de los accesos sufran alteraciones que no ofrecian antes. Berthollet no vaciló en afirmar que se aumentaba la proporcion de ácido fosfórico. Los progresos de la química moderna han dado á conocer la composicion normal de la orina, revelando al propio tiempo la verdadera naturaleza de sus alteraciones. Efectivamente, nos ha manifestado que en la gota se modifica la secrecion renal, resultando la orina muy animalizada y cargada de principios salinos. Este líquido contiene menos agua que en el estado normal; ofrece un color muy subido; es mas denso, y con mayor cantidad de ácido úrico, de uratos, de fosfatos, y de las demas sales, y cierta proporcion de moco; en una palabra, se halla muy aumentada la cantidad total de los principios sólidos que mantiene en disolucion. Esta composicion le da la propiedad de formar por el enfriamiento depósitos constituidos por el ácido úrico, los uratos y los fosfatos. Desde los tiempos mas remotos se habia notado ya la frecuencia de los sedimentos en la orina de los gotosos, y este accidente habia hecho creer que eran los riñones los órganos que debian servir de emuntorio y de medio de elaboracion de la materia morbífica, siendo esta espelida por semejante via despues de un número de ataques suficiente para arrojarla de toda la economía; y finalmente, que era tal la superabundancia de la citada materia, que no bastando este medio, se depositaba alrededor de las coyunturas. Scudamore mira la actividad insólita que disfrutan los riñones como eminentemente saludable, y como una parte del procedimiento curativo que emplea la naturaleza para aliviar el organismo. Este autor, cuya obra está llena de investigaciones tan curiosas como exactas, añade con notable sagacidad las palabras siguientes: «no pretendo yo que de este modo se destruya la causa específica de la enfermedad, porque semejante conclusion no estaria de acuerdo con el resultado de mis esperimentos. Mas importante me parece esta discusion respecto de las doctrinas de la patologia humoral, de la cual quizá ha prescindido demasiado esclusivamente la medicina moderna» (ob. cit., p. 131).

»Nos guardaremos bien de hacer figurar en el número de las alteraciones de los sólidos y de los líquidos propias de la gota, varios desórdenes cuyo asiento y naturaleza son muy variables, y que no se deben considerar sino como efectos de complicaciones puramente accidentales, y que nada tienen de especial, ni por consiguiente exigen una descripcion separada.

»SINTOMAS.—**Gota aguda, fija, regular.**— No es tan fácil como á primera vista parece trazar un cuadro metódico y preciso de los síntomas de la gota, con las numerosas descripciones que figuran en las obras consagradas al estudio de esta enfermedad. Depende esto de que habiéndose referido á la gota afecciones muy diferentes por su naturaleza y asiento, se encuentran á menudo síntomas heterogéneos confundidos en una sola descripcion. Tampoco habrá dejado de contribuir á oscurecer este asunto el furor de las divisiones, y el estremado abuso que se ha hecho de la palabra gota. Sin embargo, las descripciones que han dado de ella Sydenham, Van-Swieten, Cullen, Scudamore y Barthez, no dejan nada que desear, y por lo tanto tomaremos especialmente de sus obras los datos necesarios para la redaccion de este artículo.

»El ataque de gota principia de repente, y despues de haber ido precedido algunos dias de cierto desórden en las funciones gástricas. El enfermo se siente incomodado por dispepsia, desazon, una sensacion tensiva hácia el epigastrio ó la region precordial, y flatuosidades, esperimentando ademas calambres, hormigueo, comezon, ó un enfriamiento marcado de los miembros inferiores, y á veces sensaciones análogas á las que podrian ocasionar «gases ó vientos que bajaran á lo largo de los músculos del muslo» (Barthez, *Tratado de la gota*): el sueño es ligero ó muy interrumpido, y las venas inmediatas á la parte que debe afectarse estan hinchadas; fenómeno que considera Ba-

alivio como un signo precursor casi infalible de los ataques gotosos. Tambien se ha notado como tal el aumento de apetito, un estado de satisfaccion interior no acostumbrado, y cierta propension á los placeres venéreos; signos que preceden en algunos individuos à la invasion de la enfermedad (Sydenham, Barthez, Van-Swieten).

»El ataque se presenta por lo regular á media noche, y despierta repentinamente al enfermo con un dolor agudo en el dedo gordo del pie, ó en el tobillo: «Locus quem primo, »quem regularis aggreditur, semper pes» (Boerhaave, *Comment. in aphor. loc. cit.* p. 290). Tambien puede manifestarse en el talon, en la planta de los pies y en las pantorrillas. Areteo dice: «Magnum pedis digitum dolor occu»pat, rursum calcem in priori parte qua miti»mur; deinde in concavam subit; malleolus »autem postremus intumestit» (*De caus. et sign. morbor. diuturn.* lib. II. cap. 12). Sydenham y los autores mas modernos han observado asimismo esta predileccion de la gota por el pie, y especialmente por el dedo gordo.

»El dolor, tolerable al principio, se aumenta y adquiere una estraordinaria intensidad al anochecer, persistiendo muchas veces en este grado por espacio de veinticuatro horas, ó sea durante el primer acceso: mas adelante estudiaremos las variedades de asiento, y las diversas sensaciones que se refieren á este dolor. Es tensivo, pungitivo, compresivo, dislacerante, y acompañado muchas veces de frio; «se agita el enfermo de continuo, y hace mil esfuerzos para cambiar la situacion del cuerpo, y especialmente la de la parte afecta; pero no consigue calmar el dolor, el cual no cesa hasta las dos ó las tres de la mañana, despues de haber pasado un dia y una noche. Entonces el enfermo esperimenta de repente un alivio, que atribuye sin razon á la postura que ha llegado á dar á la parte dolorida. En seguida se siente cubierto de un sudor suave, y consigue dormirse: al despertar está muy disminuido el dolor y aparece hinchazon en la parte enferma, en vez de la considerable tumefaccion de las venas que existia al principio» (Sydenham, *De la gota*). Preséntase luego una fiebre, acompañada de pulso fuerte, lleno, duro y tenso.

»El primer acceso de dolor y de fiebre, cuya duracion es de doce á veinticuatro horas, termina por una traspiracion abundante general, que reemplaza á la estremada sequedad de la piel. La articulacion enferma se presenta hinchada, rubicunda y caliente: «este tumor gotoso inflamatorio no puede confundirse con un simple flemon, si se atiende á los síntomas que le preceden. Su terminacion no es en ningun caso una simple resolucion ó supuracion, sino que se verifica por una trasudacion local y descamacion del epidermis.» (Barthez, *ob. cit.* t. I, p. 4.)

»El enfermo esperimenta todas las noches una exacerbacion del dolor, y un movimiento febril que disminuye por la mañana, aunque el dolor persiste débilmente todo el resto del dia. «La série de estos accesos particulares compone un ataque regular de gota, el cual es tanto menos duradero cuanto mas fuertes los dolores, recorriendo un espacio de dos, ó lo mas de tres semanas, cuando es perfectamente regular» (Barthez, *loc, cit.* p. 5.). Sydenham, Van-Swieten, y todos los autores que los han seguido ó precedido, estan conformes en este punto.

»Sin dejar la gota de ser *regular*, puede afectar otra marcha, sobre todo cuando no se presenta por la primera vez. Despues de haber ocupado algunos dias el dedo gordo, ó los demas de un solo pie, ataca el dolor al otro, y luego puede volver á ocupar su primer asiento. Cuando es muy intenso, recobran su libertad las partes primitivamente afectas, y el mal abandona completamente las primeras coyunturas. En este caso los fenómenos morbosos locales (hinchazon, rubicundez y calor) se producen en el segundo asiento del mismo modo que en el primero, resultando de aqui un nuevo acceso semejante al anterior. Pero muchas veces no quedan enteramente libres las partes afectas al principio á pesar de la aparicion de la gota en otro punto, componiéndose entonces el acceso de síntomas morbosos, desarrollados simultáneamente en ambos pies ó en dos ó tres coyunturas. Generalmente invade el mal las articulaciones de un modo sucesivo, ó despues que han desaparecido casi enteramente los accidentes locales del sitio que ocupaban al principio.

»Un ataque de gota se compone de cortos accesos cotidianos, constituidos por los síntomas locales que acabamos de describir, los cuales se exasperan todas las noches, ocupando simultánea ó sucesivamente una ó varias coyunturas: en las personas vigorosas, y en las que rara vez sufren ataques de gota, no dura por lo regular el acceso mas de catorce dias; en los viejos y en los que han sido atacados muchas veces dura hasta dos meses; y finalmente en los que estan debilitados por la larga duracion de la enfermedad, no se disipa hasta bien entrado el estio.» (Sydenham). Este último caso nos parece corresponder á la gota crónica, que se compone de muchos ataques con cortos intervalos.

»Los ataques regulares de gota estan separados entre sí por intervalos de tres ó cuatro años y aun mas; pero luego se reproducen una ó dos veces al año, y se aproximan por grados haciéndose mas largos, disminuyendo de intension, y perdiendo al mismo tiempo su regularidad. En este caso van acompañados de dolores menos vivos, pero de una desazon interior mas considerable y de síntomas generales mas graves, hasta que degenerando en gota crónica, se constituyen los enfermos en un sufrimiento habitual que solo les abandona algunos meses del año.

»Cuando el ataque de gota regular sigue su curso ordinario, disminuye la intension de los accesos, en términos que el último es el mas débil y moderado de todos. En seguida se calman la hinchazon y el dolor, que desaparecen enteramente despues de los primeros ataques, y vuelven con mas ó menos rapidez las fuerzas y el apetito segun la intension del acceso. Muchas veces tambien se presentan las concreciones y las diversas alteraciones que se forman alrededor de las coyunturas, de que hablaremos mas adelante. Se dificultan los movimientos, y se restablece con lentitud la salud general. Pero en algunos casos desaparecen todos los accidentes locales.

»*Estudio de los síntomas en particular.—Dolor.—Su asiento.*—El asiento ordinario de la gota es el pie, como lo indica la espresion de *podagra* empleada por los griegos y latinos. Areteo dice: «Communis omnium articulorum »dolor est arthritis, sed pedum dolorem poda»gram vocamus» (*De causis et sign. morb. diut.*, lib. II, cap. 12). Wan-Siewten en su admirable comentario sobre la gota, dice tambien: «Licet podagra jam inveterata alios et »plures simul articulos occupet, tamen inci»piens morbus solemne habet ut feriat pedes» (*loc. cit.* p. 252): La gota reciente ofrece el carácter esencial de atacar los pies. Inútil seria añadir á este testimonio el de todos los autores que han escrito sobre la gota. Por lo demas, he aquí un curioso resumen, que permite establecer todavia con mayor exactitud cual es el asiento mas ordinario de la enfermedad. Segun Scudamore, en 198 casos de gota, atacó el primer acceso el dedo gordo de un solo pie 130 veces; los de ambos pies 10 veces, el quinto y cuarto dedo del pie 1 vez; el dedo gordo y la flexura del pie 3 veces; el dedo gordo y las flexuras de ambos pies 2 veces; en seguida viene la enumeracion de todas las partes que fueron invadidas por la gota, y que todas ellas la padecieron casi igual número de veces (*Traité sur la nature et le traitement de la goutte*, etc., en 8.º; París, 1820). Vemos por este resumen, que el asiento mas frecuente de los primeros ataques de gota es la articulacion del dedo gordo con el hueso del metatarso y las partes fibrosas circunyacentes. Scudamore observó que en los ejemplos de gota hereditaria, el dedo gordo era la parte afectada con mas frecuencia desde el principio del acceso, y que las escepciones mas notables se encontraban en los casos en que la enfermedad era adquirida. Cuando el dedo gordo del pie ha sido el asiento del primer ataque, el segundo se estiende por lo general á ambos lados, fijándose en los mismos dedos. Se ha querido esplicar esta predileccion del mal por la presion y las violencias á que se hallan continuamente espuestos los pies. «Si consideramos las partes primitivamente afectas, dice Wan-Swieten, veremos que el pie está muy comprimido por el calzado y por el peso del cuerpo; que está muy espuesto al frio y á la humedad, y lejos del centro circulatorio, lo cual impide á los líquidos circular por él con libertad» (ob. cit. p. 271). Estas razones no han parecido muy convincentes á todos los autores.

»Rara vez deja de manifestarse la gota en otros puntos, ya sucesiva, ya simultáneamente: á menudo se la ve guardar cierto órden en sus ataques, manifestándose, por ejemplo, primero en el pie derecho, despues en el izquierdo, en la rodilla derecha, en la izquierda, etc. Los órganos que afecta mas comunmente despues de los pies, son: la rodilla (gonagra), el dedo pulgar de la mano, la muñeca (chiragra), el codo, la articulacion coxo-femoral (isquiagra), la del hombro (omagra), y la de la mandíbula; las partes fibrosas y tendinosas, como el tendon de Aquiles, el talon, la pierna, el muslo, etc.

»Si tratamos ahora de investigar cual es el asiento anatómico de la enfermedad, podemos establecer de un modo general que ataca todos los órganos de la locomocion por el siguiente órden de frecuencia: 1.º los ligamentos, los fibro-cartílagos, los cartílagos, y las membranas serosas articulares; 2.º las aponeurosis y los tendones terminales de los músculos; 3.º las estremidades articulares de los huesos, su tejido propio, y su periostio; 4.º y finalmente los mismos músculos. La anatomía patológica enseña que estos son los tejidos que ataca principalmente la gota, pero que su causa desconocida puede tambien determinar accidentes en otros órganos (gota de las vísceras interiores).

«*Naturaleza del dolor.*—«Dolor dice Boerhaave, adest tensivus, dilacerans coarctans, increscens sensim decrescens iterum; cum madore rubore, tumore» (ob. cit. aphor. 1261). La sensacion que hace esperimentar el dolor es muy diversa; pues ora se parece á la «que acompaña á la dislocacion de los huesos de aquellas partes, acompañada de una sensacion semejante á la que produciria el agua fresca derramada en el órgano afecto, despues de lo cual sobreviene frio, temblor y febrícula» (Sydemham, ob. cit.); ora es semejante á una tension violenta, ó al dolor que causaria la mordedura de un perro, ó la compresion violenta de las partes afectas. Este dolor es pungitivo en algunos enfermos, y terebrante en otros; mientras que algunos se quejan de un calor ardiente y de un fuego devorador. Luciano, en su poema sobre la gota, indicó esta notable diversidad en la intension del dolor, diciendo: «podagra adedit, depascitur, »urit, teret, inflamat, coquit» (trago-podagra). Tambien se aumenta por la presion, por efecto del peso de la ropa, y por el movimiento. Uno de sus caractéres es aumentarse mientras dura el ataque, es decir, hasta la mañana ó el dia siguiente, si es la primera vez que se manifiesta. Los enfermos se agitan de continuo en la cama, esforzándose inútilmente en dar á su cuerpo y á la parte afecta una situacion que

pueda calmar su dolor. La hora en que este invade con mas frecuencia, y en que los sufrimientos son mayores, es generalmente la noche, aunque en algunos enfermos se presenta el mal de dia y se alivia algun tanto de noche. Las mas veces en los primeros dias del ataque solo se observa una ligera intermision entre el dia y la noche (Scudamore, ob. cit., p. 29). Habiendo indicado ya anteriormente el curso y la duracion de este dolor, estudiaremos ahora los fenómenos locales que le acompañan.

»Scudamore coloca los calambres en el número de los síntomas frecuentes de la gota. De 120 casos de esta enfermedad, halló este autor que en los 90 se los podia contar entre los accidentes habituales de la enfermedad, y que eran casi sin escepcion muy vivos, ya inmediatamente antes del paroxismo, ya en medio de él, ó ya hácia su terminacion (ob. cit., p. 39). Los músculos en que tienen su asiento son: los del muslo, la pierna, los dedos de los pies, el abdomen, el pecho y la faringe. Los calambres se declaran, ya en el momento en que hacen los enfermos algun esfuerzo para estender un miembro, ya durante el reposo. Siempre que el enfermo se despierta sobresaltado por efecto del dolor, esperimenta sacudimientos rápidos y muy dolorosos en las articulaciones enfermas.

»*Otros síntomas locales.*—«Dolor cum madore, rubore, tumore,» dice Boerhaave; y en efecto estos son los síntomas que se presentan generalmente en los ataques de gota. Al principio está seca la piel; á poco presenta la articulacion afecta una hinchazon considerable, á veces mal limitada, y semejante mas bien á un abotagamiento de los tejidos que rodean la coyuntura; observándose ademas una rubicundez muy viva, calor intenso, y en una palabra, todos los signos de un trabajo morboso local. Cuando la gota se presentaba con estos síntomas locales, acompañada de fiebre, agitacion, y todos los signos de una reaccion local, decian los antiguos que era *caliente ó inflamatoria*; reservando el nombre de gota *fria ó edematosa* á aquella en que la hinchazon, la rubicundez, y el calor eran poco marcados, y no se manifestaban hasta el fin del ataque: este caso es mas raro que el primero, y cuando ocurre sufren mucho mas los enfermos que siendo agudos los fenómenos locales. Areteo y los autores que posteriormente han admitido estas dos formas de gota, las trataban de diferente manera, combatiendo la gota fria con los escitantes, y la inflamatoria con los emolientes.

»Baglivio, Sydenham y otros muchos autores, han observado turgencia y dilatacion de las venas que recorren el sitio en que va á presentarse la gota, ó en las partes circunyacentes. Scudamore dice, que en la gota antigua estan muy dilatadas por la sangre las venas de todo el miembro, de modo que comparándolas con las del lado sano presentan una especie de turgencia universal; las ramas venosas inmediatas á la parte inflamada aparecen muy numerosas, divergentes en su trayecto, y casi próximas á romperse en razon de su plenitud (ob. cit., p. 32). Hácia el fin del acceso se establece un sudor abundante, que tiene, segun Coste, un olor fuerte, y suele gozar de la propiedad de ennegrecer la plata (*Traité pratique sur la goutte*, p. 23, en 12.º; París, 1768). Conviene desconfiar de estas aserciones, fundadas en la creencia bastante general en que estaban los médicos, de que la materia productora de la gota podia espelerse por sudor, y acelerar la resolucion del mal. Scudamore ha hecho numerosas investigaciones sobre la temperatura de las partes afectas de gota, encontrando alguna aunque corta diferencia entre la de las coyunturas enfermas y la de las demas regiones del cuerpo que ha esplorado: siempre es uno ó dos grados mayor la temperatura de las primeras. De aqui deduce el médico inglés «que cuando la inflamacion gotosa va acompañada de un dolor agudo, produce una sensacion de calor mucho mas fuerte en las partes afectas relativamente á la cantidad real que se desprende de la parte inflamada, que cuando existe una inflamacion comun ó reumática» (ob. cit., p. 149). Los nervios de los tejidos enfermos adquieren una gran sensibilidad, y el dolor va muchas veces acompañado de pulsacion en las arterias.

»Entre los accidentes locales de la gota debe tambien contarse la descamacion de la piel que cubre las coyunturas afectas, «al terminarse el acceso sobreviene en el pie enfermo una comezon insoportable, sobre todo entre los dedos, de donde se desprende una materia semejante al salvado» (Sydenham, ob. cit.). Tambien son de notar otros accidentes, de que hablaremos despues, como las concreciones y las deformidades.

»Los ataques de gota, suelen terminar por una suave diaforesis: «finitus diaphoresi, foto »lecti, pruritu, desquamatione vel abiensin cre»tam, calcemve, vasa rumpentem, articulorum »vincula, formam, motum, usum privantem» (Boerhaave, *Aph.*, 1261). Estos desórdenes pertenecen especialmente á la gota inveterada; pero pueden tambien sobrevenir á consecuencia de los ataques repetidos de gota aguda. Asi sucede cuando la enfermedad pasa del estado agudo al crónico. Scudamore vió en un cortísimo número de casos estancarse la sangre debajo de la piel (ob. cit., p. 31).

»Durante el ataque se disminuye ó pierde el apetito, se cubre la lengua de un barniz mucoso ó saburroso, y el estómago está dilatado por gases. Comprimiendo la region epigástrica se nota que está hinchada, y se determina muchas veces cierta incomodidad ó dolor, acompañado de náuseas, vómitos, y eructos mucosos ó ácidos. La fiebre es muy intensa durante el ataque; pero ofrece remisiones marcadas que corresponden á las de este. En los primeros dias está la orina muy encendida, y deja despues de posarse un sedimento rojo y lleno de are-

nillas. Ya volveremos á hablar de los importantes caractéres que presenta cuando existe mal de piedra (véase *gota complicada*). El estreñimiento, el insomnio, la pesadez, y las sensaciones penosas en las masas musculares y en todo el cuerpo, son síntomas que se observan comunmente durante el curso de la enfermedad.

»Sidenham no mira como gota *regular* sino aquella en que el dolor ocupa los pies, y llama *irregular* á la que invade las manos, las muñecas, los codos y otros puntos (ob. cit.). La gota regular ó irregular puede ser aguda ó crónica: estas especies se hallan refundidas en las divisiones que hemos establecido.

»**Gota crónica.**—A medida que se van haciendo mas frecuentes los ataques de gota aguda, determinan en las partes que los han sufrido alteraciones permanentes, acompañadas de desórdenes generales en la constitucion. De aquí resulta un estado morboso que ha recibido el nombre de *gota crónica*, *asténica*, *imperfecta* ó *vaga*; la cual puede no ser consecutiva á la forma aguda, é invadir desde luego, formando entonces la *gota asténica primitiva*, en que no hay paroxismos ni accesos marcados, y en que los dolores son menos agudos, contínuos é iguales de dia y de noche; pero esta forma es muy rara (Landre-Beauvais, *Existe-t-il une goutte asthenique primitive*? Dissert. en 8.°; París, 1810; Scudamore, ob. cit., página 331). La gota crónica está caracterizada por una série de ataques incompletos, abortivos, á veces muy largos, y que proceden sin órden ni regla, hallándose sujeta á trasladarse no solo de una coyuntura á otra, sino tambien á las vísceras. Esta afeccion va acompañada de un desórden marcado de la digestion y de la nutricion general, y no ofrece tanta igualdad en su curso y duracion como la gota aguda, habiendo merecido por eso el nombre de *gota irregular*.

»Sidenham la ha descrito con el nombre de *gota irregular inveterada*. «Cuando no se trata la enfermedad metódicamente, y dura mucho tiempo, connaturalizándose por decirlo asi en el cuerpo, ó cuando la naturaleza no se halla en estado de espeler convenientemente la materia depravada, son muy diferentes los síntomas de los de la gota regular» (ob. cit.). Vemos por esta cita, que Sidenham designa por gota irregular, inveterada, la gota crónica de los autores.

»Barthez la ha descrito con el nombre de gota inveterada, gota vaga de las articulaciones, y la distingue de la gota vaga imperfecta en que esta última no ha sido precedida de ataques de gota aguda y regular. Hace este autor lo posible por establecer una distincion entre estas dos gotas, que en último analisis deben referirse á la crónica. La gota vaga, imperfecta, corresponde á la asténica primitiva. En la primera se afectan sucesiva ó alternativamente las partes inmediatas á las articulaciones de los pies ó de las demas partes del cuerpo. Tambien se ha dado á la gota vaga ó crónica el nombre de *reumatismo escorbútico ó gotoso*. La *gota imperfecta* de Scott (*An inquiry in to the regin of the gout.*, p. 4) es una gota crónica que solo ataca algunas articulaciones de las estremidades, produciendo en ellas una hinchazon de las partes esternas, sin dolor ni inflamacion y con dificultad de moverse: Barthez propone llamarla *gota incompleta*. La gota crónica se divide tambien en *fija* y *movible*. En la primera son permanentes la hinchazon y la deformidad de las coyunturas por concreciones tofáceas, la lesion es fija y no puede desaparecer. En la segunda se agregan á los síntomas del estado crónico accidentes locales mas movibles, generales é irregulares, que la hacen acreedora al nombre de *gota vaga*, *anormal*, é *irregular*, que se le ha dado.

»Eranos indispensable determinar bien el valor de los diferentes términos que sirven para espresar las varias condiciones morbosas que se encuentran en el estado crónico; pero debemos añadir, que para ilustrar las partes oscuras todavia de esta enfermedad, es preciso fijar la atencion en elementos mas simples, y prescindir de todas las sutiles distinciones que se han establecido. La gota afecta indudablemente formas mas variadas que ciertas enfermedades internas, cuyo asiento está claramente circunscrito; pero al través de sus diferentes metamórfosis es fácil distinguir los dos tipos indicados: uno fundado en la duracion del mal y en la intension de sus síntomas, que comprende el estado agudo y el crónico; y otro que han designado los autores con el nombre de *gota anormal* ó *interna*.

»*Síntomas locales*.—La gota crónica va precedida comunmente de la aguda, siendo en cierto modo una especie de prolongacion ó reliquia suya. En tal caso, despues de haberse repetido los ataques con la intension propia de la gota aguda, se debilita la constitucion, se deteriora, y se efectúa insensiblemente el paso del estado agudo al crónico: esta gota crónica consecutiva no está muchas veces bien marcada. Los dolores que ocasiona son vagos y muy movibles, y ofrecen alternativamente el caracter nervioso y el reumático. En algunos casos, muy raros, se presenta la forma crónica sin que la haya precedido la aguda.

»Cuando la gota crónica sucede á la aguda, las coyunturas que aquella ocupaba continúan afectas aunque en menor grado; ó bien se estiende el dolor desde los pies en donde residia, á las muñecas, las manos, los codos, las rodillas, y otras articulaciones. Los enfermos sienten en las partes afectas vivos dolores, mas agudos de noche que de dia, y que consisten en una sensacion de calor y frio alternativos, ó simplemente de frio. «Alicuando, plurimo fervore, dice »Celio Aureliano, alicuando frigore, ut alii re»frigerantia, alii calida, desiderant ægrotantes »et propterea quidam alteram calidam, alte»ram frigidam podagram putaverint nuncupan-

dam» (*Morb. chron.*, lib. V, cap. II). Tambien esperimentan frecuentes entorpecimientos, una constriccion incómoda ó una sensacion de plenitud, peso, etc. Sidenham dice que los tendones y los músculos de la pierna suelen ser acometidos de convulsiones y calambres tan fuertes, que si durasen mucho tiempo seria imposible tolerarlos. Otras veces se interrumpe el sueño por sacudimientos y saltos de los miembros. La rubicundez de la piel que cubre las coyunturas, es en general poco viva y duradera; pero hay casos en que es tan intensa como en la gota aguda. La hinchazon de los tejidos es menos circunscrita, porque afectándose con mas frecuencia que en el estado agudo las bolsas mucosas, las vainas de los tendones y los tejidos adyacentes, resulta de aquí una tumefaccion mas difusa, que da á las articulaciones una resistencia considerable. A veces los tejidos infiltrados de serosidad ofrecen cierta trasparencia y dureza (gota edematosa), presentando una plenitud estraordinaria las venas que serpean por la piel de las articulaciones ó alrededor de estas. La poca intension de los síntomas locales, la palidez de los tejidos, la escasa elevacion de la temperatura, y la ligera hinchazon de las coyunturas, han sido causa de que á la gota crónica se le dé el nombre de *fria*, *blanca*, *asténica*, cuando aparece con los síntomas que acabamos de indicar. No olvidemos que los fenómenos morbosos locales pueden tener tanta intension como en la forma aguda. En general se disipan con mucha lentitud despues del ataque, quedando doloridas ó afectadas por un calor incómodo la flexura del pie ó las muñecas, sobre todo cuando el enfermo hace el mas ligero ejercicio; si bien los movimientos, penosos al principio, vienen á ser con el hábito mas fáciles y menos dolorosos. En ocasiones sienten los enfermos una especie de chasquido acompañado de dolor, cuyo asiento parece estar en los tendones, y ser efecto de su rigidez; fenómeno que puede el médico comprobar por sí mismo, colocando la mano en el trayecto de los tendones ó cerca de las articulaciones, y haciendo ejecutar al miembro movimientos de flexion y estension.

»Ademas de los síntomas locales que acabamos de examinar, hay otros entre los cuales figuran sin contradiccion en primer término los que resultan de las profundas lesiones acaecidas en los órganos del movimiento. Estos síntomas han sido descritos por Sidenham con una exactitud inimitable. «A veces el dolor, despues de atormentar uno ó muchos dedos, los tuerce, dándoles la forma de un manojo de nabos, privándolos poco á poco de sus movimientos, y formando alrededor de sus ligamentos concreciones tofáceas, que destruyen la piel y la epidermis de las articulaciones, y ofrecen un aspecto semejante al de la creta ó los ojos de cangrejo. A veces la materia morbífica se deposita en los codos, formando en ellos un tumor blanquecino casi del tamaño de un huevo de gallina, que se inflama poco á poco y se enrojece» (ob. cit.). Una de las particularidades mas importantes de la gota crónica es la singular deformidad que produce en las coyunturas afectas. Esta deformidad depende de muchas causas, siendo la mas comun el depósito de urato de sosa y de cal en los tejidos que reunen los huesos entre sí, y en las partes adyacentes. Esta materia salina, situada fuera de la sinovial, é infiltrada en masas irregulares y muchas veces considerables en los ligamentos, se presenta hasta debajo de la piel. Entonces las estremidades articulares, en lugar de ser redondeadas y ofrecer su conformacion normal, son abolladas y nudosas; los tumores tienen mucha dureza y estan muy adheridos á los tejidos fibrosos y á los ligamentos de las coyunturas. En otros casos pueden estar distantes de las articulaciones, y tener su asiento en las vainas de los tendones, en las fibras de estos, en las bolsas mucosas, ó en el periostio.

»Otra causa de la deformidad de las coyunturas es la simple hinchazon con induracion de los tejidos. Algunas de estas induraciones dependen de la hipertrofia del tejido celular interpuesto entre las hojas de los ligamentos ó en los tendones, y otras son efecto de la hipertrofia sola del tejido fibroso. En ocasiones tambien se encuentran derrames de serosidad, á veces muy abundantes, en medio de los tejidos enfermos. Pero el caso mas comun es el en que la materia salina está combinada molécula por molécula con los diversos tejidos, que adquieren entonces tal dureza, que resisten á la diseccion del escalpelo.

»La presencia de las concreciones, ó la simple infiltracion de la materia salina, suelen traer al fin accidentes inflamatorios obrando como cuerpos estraños. Los órganos inmediatos se inflaman, supuran, y los tejidos dan paso al esterior á una materia purulenta, mezclada ó no con la sustancia salina que se ha acumulado en las partes. Entonces se ve en el fondo de la úlcera la concrecion blanquecina, semejante á materia gipsácea, hasta que acaba por reblandecerse, y sale al esterior con el pus ó la serosidad que fluye de la úlcera establecida en la superficie de la piel. A veces salen de este modo concreciones muy gruesas por aberturas fistulosas que continúan mucho tiempo abiertas y mantienen de este modo una irritacion crónica muy abonada para debilitar la economía. En otros enfermos se infiltra de materia tofácea la sustancia ebúrnea que cubre los huesos, ó desaparece á consecuencia de un trabajo morboso que altera la sinovial, los cartílagos y hasta el esqueleto. Entonces se forma una anquilosis completa; pero tambien puede resultar una semi-anquilosis de la destruccion de las mismas partes y la retraccion de los ligamentos y tendones: en ambos casos se dificultan ó imposibilitan los movimientos, y la quietud forzada del enfermo no tarda en ir acompañada de una alteracion profunda de su salud.

»*Síntomas generales*.—En la gota crónica es principalmente donde participan de la enfermedad local la mayor parte de las funciones. Obligado el enfermo á guardar un reposo prolongado, esperimenta una desazon y una impaciencia contínua: «los padecimientos del espíritu no son menores que los del cuerpo; pues se halla poseido de la cólera, el terror, la tristeza, y todas las pasiones deprimentes á que le predispone la susceptibilidad que acompaña á la falta de fuerzas. De aqui procede que los gotosos sean intolerables para sí mismos y para los demas, y no recobren la tranquilidad de su espíritu hasta que cesa el mal ó se restablece la salud» (Sydenham, ob. cit.). El sueño de los gotosos es interrumpido, penoso, y poco reparador. En algunos está tan aumentada la sensibilidad general, que sienten agudos dolores bajo la influencia del mas leve cambio en la temperatura atmosférica, y creen poder vaticinar estas alteraciones, como lo haria el mejor barómetro. Muchos padecen una melancolía estremada, ó una impaciencia insólita algun tiempo antes de reproducirse el acceso; y aun se han visto algunos enfermos que han intentado suicidarse durante el ataque, para libertarse de un mal que los atormentaba con tanta violencia y tenacidad.

»Los movimientos convulsivos que agitan ciertos músculos, los calambres, el zumbido de oidos, la cefalalgia frontal, y la amaurosis pasagera que se observa en ciertos individuos, deben considerarse como efectos de la escitacion nerviosa. Tanto estos síntomas, como la pesadez de cabeza, los vértigos, y otros fenómenos cerebrales, pueden depender de la congestion encefálica que es comun en los gotosos. Mas adelante hablaremos de estas complicaciones.

»Las funciones digestivas se hallan alteradas en diversos grados. Scudamore dice que en ocasiones preceden al ataque vómitos y diarrea biliosa; pero estos casos son muy raros. Mientras dura el mal es muy frecuente observar fenómenos de dispepsia: esperimenta el enfermo dolores epigástricos mas ó menos intensos, un apetito caprichoso, á veces muy vivo, pero que se satisface con prontitud; eructos ruidosos, una timpanitis incómoda, borhorigmos y cólicos mientras se efectúa la digestion. Muchas veces se pierde enteramente el apetito, y siente el enfermo una tumefaccion gaseosa en la region del estómago, dolores detrás del esternon, y en una palabra, la mayor parte de los síntomas de la gastralgia; la cual se encuentra de un modo tan constante aunque en diversos grados en la gota crónica, que nos ha parecido indispensable hablar de ella aqui. Los antiguos dieron mucha importancia á estos desórdenes de las funciones digestivas, y observaron que sobrevenian durante el curso del ataque, y que los dolores y síntomas locales parecian debilitarse á medida que se declaraba ó hacia mas manifiesto el padecimiento del estómago; de donde inferian que se habia verificado una metastasis de la gota hácia aquel órgano; pero ya hablaremos de esto mas adelante (véase COMPLICACIONES). La boca está muchas veces amarga y pastosa, y la lengua cargada de un barniz blanco ó amarillo; cuando está encendida y presenta abultadas sus papilas, acompañando á este síntoma una sed viva, puede creerse con razon que hay una lesion coexistente del estómago.

»Generalmente está el vientre estreñido, y las materias escrementicias son duras y secas. Pero Ferrus se inclina á creer que este fenómeno depende de los desórdenes digestivos que hemos indicado, y que debe atribuirse naturalmente, como los demas síntomas, á la gastroenteralgia. El mismo observador dice que «á veces sobreviene durante los prodromos del ataque una evacuacion alvina mas ó menos abundante, de poca consistencia, y de un color gris blanquecino, la cual ofrece la particularidad de que en muchos casos parece que hace abortar el acceso gotoso, ó por lo menos le quita gran parte de su intension. Esta observacion es debida á Alfonso Leroy, y nosotros hemos tenido ocasion de comprobarla» (art. cit., p. 221). La diarrea solo se observa en los casos de enfermedad intestinal, ó cuando la gota crónica conduce al enfermo al marasmo, y lo hace caer en un estado caquéctico deplorable.

»Durante el curso de la gota crónica se manifiestan tambien disnea, palpitaciones y otros desórdenes de la circulacion central; pero las mas veces deben considerarse estos síntomas como indicios de una enfermedad del corazon, incipiente ó confirmada. Sin embargo, no nos atreveriamos á afirmar que tal suceda en todos los casos en que se presentan dichos síntomas. Los autores declaran no haber encontrado ningun fenómeno anormal en el corazon de varios enfermos que ofrecieron durante la vida desórdenes manifiestos en las funciones del corazon; pero se necesitan nuevas observaciones, hechas por hombres habituados á la esploracion de este órgano, para fijar definitivamente este punto. Sin embargo, admitiremos por ahora que la disnea, tan frecuente en los gotosos, es un fenómeno puramente simpático.

»Preséntase con bastante frecuencia en la gota, dice Scudamore, una tos crónica, que en ocasiones precede á la enfermedad y contínua en todo su curso. Esta tos debe distinguirse con cuidado de la catarral reciente, y de los síntomas que á veces anuncian el paroxismo. Las membranas mucosas de las partes que han sufrido un ataque de la enfermedad, ó que estan dispuestas á contraerla, se hallan muy propensas á padecer un estado morboso por simpatía aparente» (ob. cit., p. 17). La fiebre persiste durante todo el curso del ataque, ó mas bien de la série de pequeños ataques de que se compone el paroxismo gotoso; pero no es contínua, y solo se presenta por la noche; ó bien se exacerba afectando el tipo remitente: tambien puede faltar enteramente.

»Han notado asimismo los autores la sequedad de la piel durante el ataque: «algunos gotosos han presentado inmediatamente antes del paroxismo una cesacion repentina de la traspiracion habitual de los pies» (Scudamore, ob. cit., p. 20). Generalmente se manifiesta el sudor al terminar el paroxismo; pero tambien puede permanecer seca la piel en todo el curso de la enfermedad. Son frecuentes las hemorroides en los gotosos, y si hemos de creer á los antiguos, es saludable el flujo sanguíneo que se efectúa por esta via. A veces estan edematosos los miembros inferiores, ya en la mayor parte de su estension, ya únicamente alrededor de las coyunturas afectas. Esta infiltracion serosa puede depender de una nefritis (véase COMPLICACIONES), ó de la simple dificultad que esperimenta la circulacion local en las partes afectas. La hidropesia reconoce tambien por causa la primera alteracion, ó una enfermedad del corazon

»En algunos gotosos presenta la mucosa génito-urinaria una secrecion de moco enteramente insólita. Scudamore habla de una persona, que fue atacada de ardor en la orina, disuria y flujo purulento, poco tiempo antes de un ataque de gota que puso término á estos síntomas. Everard-Home cree que es tal la influencia de la gota en la membrana de la uretra, que se afecta á la invasion de cada ataque, siendo mas susceptible de estas modificaciones cuando el conducto se halla en estado enfermo. La orina está muchas veces cargada de moco, y ofrece todas las alteraciones de que hemos hablado anteriormente.

»Con el nombre de *caquexia gotosa general* designa Barthez los fenómenos morbosos que resultan de la disposicion próxima de toda la constitucion al estado gotoso. Los signos de esta caquexia son: 1.° haber padecido enfermedades gotosas los padres del enfermo, y ser endémicos estos males en el pais que habita; 2.° las formas gotosas del cuerpo y el estado habitual de fatiga y saburra de los órganos digestivos; 3.° la existencia de dolores mas ó menos fuertes que ocupan las partes internas ó lejanas de las articulaciones (ob. cit., t. II, p. 152). Resulta, pues, que la caquexia gotosa de Barthez es la predisposicion, ó un estado morboso poco marcado, en que se presentan muchos fenómenos de la gota; es decir, un estado gotoso imperfecto y no bien definido. Para dar su verdadero sentido á la palabra *caquexia*, seria preciso designar con ella el estado morboso general que resulta de los ataques prolongados de gota. Semejante estado es muy complexo, y se manifiesta por desórdenes cuyo asiento es muy variable, determinando por lo comun los accidentes propios de la gota interna, y afectando al estómago, los intestinos ú otras vísceras. En este caso son muy comunes las complicaciones, de que trataremos mas adelante.

»**Gota interna repercutida ó retropulsa.**— Describe Musgrave con el nombre de *gota anormal* ó *irregular* (*artritis anómala sive interna*) la gota que se fija en las vísceras interiores. Antes de examinar si las enfermedades que entonces resultan dependen en realidad de semejante causa, presentaremos una descripcion sucinta de esta gota anormal, y procuraremos esplicar con claridad las opiniones, muchas veces singulares y oscuras, que sobre ella han emitido los autores. Seremos pues historiadores, antes de tomar el papel de críticos.

»La gota interna puede declararse indistintamente en todas las vísceras interiores, si bien suele afectar con mas frecuencia el corazon y los pulmones: algunos ejemplos bastarán para demostrar lo que debe entenderse bajo esta denominacion. La *gota interna* se presenta en personas que han padecido ya anteriormente, ó que sufren en la actualidad, la gota articular. Se llama *retrocedida por sí misma*, cuando el humor gotoso se disloca de las coyunturas por una predisposicion, ó segun la espresion bastantemente oscura de Barthez, por la *debilidad* relativa de una víscera; y *repercutida* ó retropulsa, cuando es determinada por la aplicacion de agentes esternos que han rechazado la gota lejos de las articulaciones.

»Los síntomas de la *gota del estómago* son: falta de apetito, repugnancia á los alimentos, náuseas, distension flatulenta del estómago, tension del epigastrio, opresion en la region precordial, respiracion dificil, bostezos, pasiones tristes, cefalalgia, vértigos, deliquios y síncope. Los síntomas de la *gota intestinal* son los mismos, pero es diferente su asiento. Musgrave habla de cólicos que ocupaban especialmente la region umbilical, y que iban acompañados de una sensacion de opresion. Stahl y Barthez asignan por síntomas á la gota aguda, con *predominio de irritacion*, el vómito, la diarrea, la disenteria y el cólera-morbo. Estudiando cuidadosamente la sintomatologia de la gota interna del estómago y de los intestinos, se encuentran en ella cuando no ofrece complicacion, los signos de la gastro-enteralgia. Las causas de la gota del estómago son: las crudezas, el abuso de diversos remedios, de los amargos, los purgantes, las aguas termales y la debilidad de los órganos digestivos.

»Acabamos de ver que al retroceder ó repercutirse la gota puede producir una enfermedad del estómago, que no es mas en este caso que una gota interna. Pero hay mas todavía: la gota del estómago puede á su vez causar otras enfermedades, como afecciones inflamatorias generales, hemorrágicas y dolorosas. La gota del estómago es aguda ó crónica, y esta se anuncia por los síntomas siguientes: vómito de materias alimenticias, indigestion, secrecion de gases en la cavidad gástrica, alternativas de estreñimiento y diarrea, y á veces cólicos semejantes al de los pintores. El cólico artrítico de Strack presenta este carácter.

»El *catarro gotoso* y la *peri-neumonia gotosa* no tienen otros signos que los de la bron-

quitis y de la neumonia ordinarias, sin mas especialidad que la de declararse en sugetos gotosos. Sidenham quiere que se combata la neumonia gotosa por medio de sangrias repetidas. Musgrave aconseja este mismo medio, pero advirtiendo que se debe usar con mucha moderacion.

»La *apoplegia gotosa* puede proceder de trasladarse la gota desde las articulaciones ó una víscera al cerebro, y sin necesidad de retroceso ni repercusion, de una disposicion particular que llame á dicho órgano el humor gotoso. Sus síntomas no difieren de los que caracterizan la apoplegia simple, y el tratamiento es igual en ambos casos, con la diferencia de que quieren los autores que se administre los antigotosos, y que se llame al esterior el principio morboso, ejerciendo una revulsion oportuna.

»¿Hablaremos ahora de la tisis pulmonal, de las hemorragias uterinas, de la paralisis, de las convulsiones gotosas, y de todas las demas enfermedades que se ha querido hacer provenir de la gota? Lo que hemos espuesto acerca de las precedentes afecciones nos será suficiente para discutir su naturaleza. Añadiremos, sin embargo, que es menester no apresurarse á decidir esta cuestion en un sentido contrario á las opiniones antiguas. Existe cierto número de hechos que recomiendan por lo menos la duda. La gastralgia y el catarro, tan frecuentes en las personas atacadas de gota, los flujos mucosos que proceden de los órganos génito-urinarios, presentan un caracter especial en los gotosos. Su curso, su duracion y su tratamiento, no son los mismos que en los demas enfermos. La enfermedad de los riñones á que se ha dado el nombre de *nefritis gotosa* no se parece á las demas nefritis (véase COMPLICACIONES). En una palabra no puede negarse: 1.° que ciertas afecciones son mas frecuentes en los gotosos que en otros enfermos: 2.° que presentan algun carácter particular, que depende de la diatesis, y resulta de un estado general de los humores. En cuanto á la suposicion de que es el principio gotoso el que determina estas particularidades, no pasa de ser una hipótesis sin fundamento suficiente, creada para esplicar cierto número de hechos incontestables.

»Hemos leido con la mayor atencion las numerosas observaciones referidas por Musgrave, que es autoridad en este punto, y debemos decir que su lectura ha suscitado en nosotros una duda que no queremos disimular. Pero es necesario proceder con mucha circunspeccion, para formar un juicio definitivo sobre un asunto tan dificil. En primer lugar es preciso establecer con Grant, y con los mismos que han admitido gotas internas, que no todas las enfermedades que contrae un gotoso participan de la naturaleza de la gota; y ademas debe recordarse, que puede muy bien un hombre que haya padecido muchas veces esta afeccion, verse atacado de otra enfermedad que la complique.

»Cuando se leen las obras en que se refieren observaciones de gota interna, se encuentran casos en que una enfermedad, como por ejemplo la angina, se declara en un individuo atacado actualmente de gota articular ó de reumatismo. En tales casos, Musgrave no vacila en declarar, que existe una angina gotosa: 1.° porque suele haber pasado mucho tiempo sin presentarse las afecciones gotosas ó reumáticas que padeciera en su juventud el enfermo; 2.° porque existen algunos dolores vagos antes de la invasion de la angina; 3.° y finalmente, porque esta suele desaparecer despues de un tratamiento cuyo objeto es provocar la gota en los pies (*De arthritide anomala*, historia III, p. 112; en 4.°, Ginebra; 1715). Debemos añadir que en el caso citado por Musgrave, continuó el mal de garganta, se verificó la supuracion, y salió cierta cantidad de pus. ¡Cuántas observaciones análogas, y no mas satisfactorias, podriamos tomar del libro de Musgrave y de otros muchos! El hecho que acabamos de citar es un ejemplo de angina complicada con gota, pero no una angina de orígen gotoso incontestable. Mas dificil es el diagnóstico cuando se ve en un gotoso, que los accidentes locales pierden repentinamente su intensidad ó desaparecen del todo, declarándose poco tiempo despues una enfermedad interna. Unos sostienen que entonces es el humor gotoso ó la causa desconocida del mal la que se ha trasladado por metastasis desde su asiento primitivo á otro órgano; y otros pretenden con mas razon, y apoyándose en las leyes menos oscuras de la patogenia, que el trabajo morboso local que se establece sordamente en una víscera, y aparece despues con sus signos ordinarios, es la verdadera causa que determina, por una especie de revulsion, la cesacion de los fenómenos gotosos primitivos. A estos términos exactos y precisos pueden reducirse todas las divagaciones de los autores que han discutido este punto de patologia.

»Un médico á quien debemos preciosas observaciones (Scudamore), cita minuciosamente varios hechos que parecen militar en favor del retroceso de la gota hácia los órganos internos. Hé aquí algunos de ellos: habiéndose espuesto al frio un individuo de constitucion nerviosa, fue atacado de una erisipela, que cedió con prontitud asi que se manifestó la gota en un pie. Otro á consecuencia de un enfriamiento fue acometido de disnea y dolores agudos en el pecho, que desaparecieron del mismo modo. Otro, que padecia habitualmente un dolor de cabeza muy violento, se vió casi instantáneamente libre de él por un ataque de gota (ob. cit., *De la goutte retrocedée*, p. 426 y sig.). Si hubieramos de examinar estas observaciones, no habria una á la que no pudieramos oponer graves objeciones, á pesar de nuestra opinion favorable á las doctrinas humorales. Cullen abrazó y sostuvo con su autoridad la teoría de la metastasis gotosa (*Elem*,

de méd. prat., t. I, página 467; en 8.º; París, 1819).

»La doctrina de las traslaciones del humor gotoso aplicada á las enfermedades de las vísceras en nada se opone á las teorias fisiológicas; pero es necesario confesar que no está suficientemente demostrado el hecho en que se apoya, á saber: la existencia de un humor gotoso. Seria necesario ademas probar que existe una relacion íntima entre la desaparicion de la gota esterna y la produccion de la interna; y esto es lo que no han hecho los médicos de los últimos siglos, por mas que apoyen su opinion en analogias hasta cierto punto valederas. Es indudable que hay ciertos casos en que se presenta de repente una enfermedad visceral despues de la desaparicion de la gota articular; y no lo es menos que ciertos accidentes se disipan con la misma rapidez cuando se consigue fijar la gota en su asiento primitivo. Estos hechos son innegables, pero admiten varias interpretaciones. Lo único que se puede alegar en favor de la naturaleza gotosa de las afecciones internas á que se atribuye este orígen, es que la gota no es enfermedad local, y sin que pueda decirse qué alteracion humoral la constituye, no hay duda por lo menos de que es general. Esta alteracion da origen á *determinaciones morbosas* hácia las coyunturas (concreciones, secrecion de urato de sosa y de cal), y hácia los riñones, cuya secrecion está notablemente modificada. Puédese sostener que al desviarse de su asiento primitivo estas determinaciones morbosas, son susceptibles de causar accidentes patológicos en otras vísceras. Estas ideas, puramente humorales, merecen la atencion de los médicos que no se encierran en el círculo estrecho de una doctrina; por lo cual insistiremos en ellas al hablar de la naturaleza de la gota. Unicamente hemos querido indicar aqui, que nada tiene de chocante la suposicion de una gota interna y de una alteracion humoral capaz de producirla; que no hay mas razon para admitirla que para desecharla, y que no se deben borrar de una plumada los trabajos de una multitud de médicos recomendables que han sostenido estas doctrinas. De todos modos era necesario á lo menos mencionarlos, digan lo que quieran ciertos autores modernos, que al escribir sobre la gota, no han creido oportuno seguir esta conducta.

»La causa desconocida que determina los accidentes morbosos propios de esta enfermedad, podria muy bien producir una inflamacion enteramente especial, semejante por ejemplo á la de los intestinos en la fiebre tifoidea, de la piel en la escarlatina, el sarampion y las viruelas. Estas inflamaciones no tienen, como todos saben, el carácter de las inflamaciones francas, que aumentan la cantidad de la fibrina. Lo que se necesita es saber si sucede lo mismo en las inflamaciones gotosas. La anatomia patológica no puede aclararnos este punto, porque las lesiones producidas por la gota no ofrecen ningun carácter especial. En el museo de Hunter se halla, segun Scudamore, el modelo de una porcion de estómago y de esófago, procedente de un enfermo que murió repentinamente de gota situada en estos órganos, cuyas túnicas estaban muy inflamadas, y ofrecian una estravasacion de sangre (ob. cit. de Scudamore, p. 436).

»Guilbert, que refiere á la gota todas las enfermedades del cuadro nosológico, sin esceptuar las orgánicas, como por ejemplo las del útero (art. cit., *Dict. des scienc. méd.*, p. 120), exagera mucho la influencia de esta enfermedad. Por lo demas, para adquirir algunas nociones precisas sobre este punto, seria necesario hacer nuevas investigaciones, é inquirir si existe respecto de la gota alguna cosa análoga á la ley de coincidencia que Bouillaud ha establecido con tanta exactitud entre el reumatismo y las afecciones del endocardio, el pericardio y la pleura. Este seria el único medio de hacer un servicio útil á la ciencia.

»La *gota interna* ha tomado tambien el nombre de *gota irregular*, y comprende, segun Cullen y otros varios autores, tres estados morbosos diferentes: 1.º Cuando la diatesis gotosa domina toda la economia sin producir síntomas morbosos hácia las coyunturas, suelen declararse afecciones de los intestinos, del corazon ó de la cabeza, y entonces tenemos la *gota atónica*; 2.º si la enfermedad de las coyunturas es ligera, ó cesan de repente los síntomas locales, afectándose al mismo tiempo una víscera, tenemos la *gota retropulsa*; en cuyo caso reside la afeccion en los órganos que hemos indicado, y con especialidad en el estómago; 3.º el tercer estado de la gota irregular es el que toma el nombre de *gota mal situada*; entonces la diatesis gotosa, en vez de producir la afeccion inflamatoria de las coyunturas, ocasiona en otra parte una lesion semejante, que se manifiesta por los mismos síntomas que acompañan á la inflamacion del órgano afecto, cuando depende de otras causas (Cullen, *Elem. de méd. prat.*, loc. cit., p. 466).

»Las causas que producen el retroceso de la gota, son todas las que propenden á hacer desaparecer los accidentes de la gota articular, como el frio y las vicisitudes atmosféricas, los remedios repercusivos, y los medicamentos tónicos y muy escitantes, que por el estímulo que producen en los intestinos y en otras vísceras internas, los disponen á enfermedades cuyo desarrollo influye necesariamente en los accidentes locales de la gota.

»**Gota complicada.** — Pueden considerarse como dependencias casi inmediatas de la gota, ciertas complicaciones que la acompañan muy frecuentemente, como son los cálculos urinarios y los desórdenes de las funciones digestivas. Vemos muchos gotosos, que arrojan de tiempo en tiempo orinas cargadas de un sedimento sonrosado ó latericio, y de arenillas que se presentan en forma de granos cristalinos, bri-

llantes, rojizos, ó de un color amarillo. El exámen microscópico, y el análisis química nos descubren en ellas una gran cantidad de ácido úrico y de otras sales, particularmente uratos y fosfatos: estos fenómenos caracterizan el mal de piedra. No siempre es fácil distinguir esta alteracion de la orina, de la que ofrece este líquido en la gota, puesto que casi constantemente es rojizo, oscuro, y deja tambien depositar ácido úrico.

»*Cálculos y enfermedades de los riñones.*— Muchos enfermos han padecido cruelmente de mal de piedra en su infancia, y afirman que apenas le han sentido desde que tuvieron el primer ataque de gota. En otros se observan los cálculos en el intervalo de los paroxismos; de donde se deduce que ambas enfermedades tienen entre sí una conexion íntima. A esto se agrega que la primera suele convertirse en la segunda, y que el ácido úrico forma casi esclusivamente las concreciones tofáceas, las arenillas rojas tan comunes en los gotosos, y la mayor parte de los sedimentos que presentan sus orinas. En la litiasis, como en la gota, hay secrecion escesiva de ácido úrico, que sale por dos grandes vias, por los tejidos situados alrededor de las coyunturas, ó por los riñones, que son los órganos depuradores por escelencia.

»Complícase muy frecuentemente con la gota una alteracion que Rayer designa con el nombre de *nefritis gotosa*, habiéndola estudiado y descrito con sumo cuidado. Areteo habia observado ya que la gota da orígen á varias afecciones de los riñones y de la vejiga. Sidenham dice, que los gotosos estan sujetos á dolores nefríticos. Musgrave observó tres enfermos atacados de afeccion renal gotosa. Federico Hoffmann habla de otro que arrojó cálculos y arenillas con la orina, y en quien se sucedieron regularmente la gota y los síntomas nefríticos. Wepfer (*Obs. medico practicæ*, obs. LIV, p. 147; Schaf., en 4.°, 1727), Specht (*Eph. nat. curios.* años IX y X, p. 274, obs. CXIII), Haen (*Ratio medendi*, t. II, p. 334, en 12; París, 1782), Bonet y Morgagni (*De sedibus et causis*, epist. VII, §. 10 y epist. XL, §. 2), refieren algunas observaciones muy precisas de nefritis gotosa. Wan-Swieten, Stoll, Schrœder, Wan Priesteren, Heim y Chopart han estudiado las conexiones que existen entre la gota y las alteraciones de las funciones renales. Barthez opina que puede la gota afectar los órganos secretarios de la orina, acabando por producir en ellos concreciones (obr. cit., t. II, p. 312). Prout admite una relacion íntima entre la gota y los dolores nefríticos (*An inquiri in to the nature and treatment of diabetes* etc., p. 137, en 8.°, Lond., 1825). Howship refiere muchos hechos de afecciones nefríticas en individuos gotosos, y hace notar, que los riñones y conductos urinarios se hallan muchas veces ocupados por concreciones (*Transactions of the association of fellows and licentiates*, etc., *in Ireland*, vol. IV, p. 169, en 8.°; Dublin 1824).

»Examinando los riñones de los individuos que han padecido de nefritis gotosa, se encuentran en la superficie del órgano ó en el tejido cortical granillos de arena fina, que tratados por los reactivos ó examinados con el microscopio, presentan todos los caractéres del ácido úrico. En algunos casos no se halla ya este ácido diseminado en la sustancia cortical bajo la forma de arena fina, sino reunido en un depósito mas ó menos considerable. Los conductos urinarios que constituyen los pezoncillos, encierran tambien algunos granos de ácido úrico, los cuales son mas voluminosos en los cálices y en la pelvis, donde constituyen verdaderos cálculos, formados algunas veces enteramente por el ácido úrico y en ocasiones tambien por otras sales que se le agregan. La sustancia de los riñones se presenta alterada, y ofrece, segun Rayer, todos los caractéres anatómicos de la nefritis crónica. Nosotros hemos tenido ocasion de observar en el riñon de un individuo gotoso algunas concreciones de ácido úrico: la sustancia cortical se hallaba únicamente anémica, un poco mas consistente que en el estado normal, y sin ninguna otra alteracion. Guilbert dice, que puede la gota limitarse á la cápsula fibrosa del riñon, y cita en apoyo de esto los hechos referidos por los anatómicos que solo han hallado concreciones en la membrana que envuelve el órgano (Boullet, *Dissertation sur la nephrite*, año XII; París, en 4.°; Plater, *Calculus in extima túnica renum*, lib. II, cap. 12 en art. cit. de Guilbert, p. 100).

»Uno de nosotros ha encontrado una alteracion que no ha sido descrita todavia, y que se parece á primera vista á la que presenta el riñon en la gota, pero se distingue de esta por caractéres esenciales. En la autopsia de una mujer que habia sucumbido en el hospital de la Caridad, despues de haber ofrecido durante su vida todos los signos del cáncer del estómago, se encontró que esta degeneracion se estendia al duodeno y al pancreas, los que se hallaban cubiertos casi enteramente de una masa dura y lardácea de naturaleza escirrosa. El hígado tenia el triple de su volúmen normal; predominaba la sustancia amarilla, y no percibimos en él ninguna masa cancerosa. Los riñones se consideraron al principio como sanos, á causa de ser muy ligera y poco apreciable su alteracion; y solo despues de un exámen detenido, y de haber despojado cuidadosamente á estos órganos de su cápsula, pudo observarse en su superficie una multitud de granitos, tan semejantes al polvo de una piedra arenisca muy fina que se hubiera depositado en ellos, que dudamos por un instante si habria estado el riñon sobre una mesa donde existia esta sustancia. Los granos blanquecinos estaban muy diseminados en la sustancia cortical, eran poco numerosos, y parecian sobrepuestos únicamente á la superficie esterna; pero como fue imposible desprenderlos por medio de lavaduras ó enjugando el riñon, siendo necesario pa-

ra conseguirlo hacer un ligero esfuerzo con la punta del escalpelo, nos convencimos fácilmente de que estaban depositados por via de secrecion en el tejido renal. Eran bastante numerosos en su cara esterna, y se hacian mas raros cuanto mas cerca se examinaba la sustantancia cortical de la base de los pezoncillos; los cuales se hallaban enteramente exentos, lo mismo que la cápsula renal, que conservaba toda su trasparencia y estaba muy poco adherida al riñon. Los granos se presentaban bajo la forma de corpúsculos infinitamente pequeños, que se aplastaban fácilmente; y que vistos con el microscopio con un aumento de trescientos diámetros, parecian no ser otra cosa que masas amorfas, sin ninguna cristalizacion, y semejantes en algunos puntos á chapas albuminosas. Puédese pues afirmar, que estos granos no estaban formados por el ácido úrico; y cuando mas seria lícito suponer que las masas amorfas percibidas con el microscopio estaban compuestas de urato de amoniaco. Las dos sustancias de los riñones y el volúmen de estos nada presentaban de particular: la alteracion que acabamos de describir se observaba lo mismo en el lado derecho que en el izquierdo.

»La mujer que fue objeto de esta observacion tenia cincuenta y ocho años, y jamás habia padecido gota ni reumatismo. Gozaba habitualmente de buena salud, y solo hacia cinco meses que habia guardado cama cuando vino al hospital. En esta época, los pies y la parte inferior de ambas piernas, lo mismo que el brazo derecho, estaban edematosos, en vista de lo cual se examinaron las orinas, que ensayadas repetidas veces, no presentaron nunca vestigio alguno de albúmina. Hemos referido este hecho, del que tenemos minuciosos pormenores, para demostrar que la presencia de arenillas no basta para caracterizar la enfermedad del riñon que se llama *nefritis gotosa*, y que es preciso por lo tanto recurrir al examen microscópico y al analisis química, antes de decidirse sobre la naturaleza de la lesion.

»Hay motivo para sospechar la existencia de una enfermedad de los riñones en un individuo gotoso, cuando se queja de un dolor mas ó menos agudo en la region lumbar, un entorpecimiento en el escroto ó en los miembros y dolores renales. Estos algunas veces son nulos ó pasageros, á menos que no haya un cálculo en las vias que atraviesa la orina; en cuyo último caso, suelen ser tan violentos que constituyen los cólicos nefríticos observados por todos los autores que han escrito sobre la gota. El examen de la orina es especialmente el que suministra mejores medios para establecer el diagnóstico. Este líquido es muy ácido, y deposita un sedimento formado en totalidad ó en su mayor parte por el ácido úrico, el cual puede observarse en el mismo momento de la emision de la orina, ó solamente algunas horas despues. La cantidad de ácido úrico que espelen los enfermos no es siempre igual en todos los casos, pues generalmente es menor despues del uso de las bebidas acuosas ó alcalinas y de los baños tibios prolongados (M. Rayer, loc. cit., p. 51); y por el contrario es mas considerable cuando el ataque es muy fuerte y la diatesis gotosa pronunciada. Muchas veces se encuentran mezclados con las arenillas que arrojan los enfermos glóbulos de sangre, de pus y de moco; lo cual depende de que otras bastante voluminosas se hallan engastadas en los cálices ó en las pelvis, é irritan estas partes; en cuyo caso existen dolores lumbares mas ó menos agudos. «Sin embargo, dice Rayer, puede existir una ligera hematuria en los gotosos, sin que por eso esperimenten dolores renales, y sin que arrojen arenillas de algun volúmen, cuando la orina contiene ácido úrico cristalizado.»

»Las orinas de los gotosos pueden tambien contener albúmina; alteracion que á veces depende de una nefritis albuminosa, como lo prueban los hechos referidos por Bright y Anderson, ó de una enfermedad coexistente del corazon. Scudamore ha visto desaparecer completamente la albúmina de la orina despues del ataque de gota (obr. cit., p. 292); pero este caso no pertenece á la nefritis albuminosa.

»No terminaremos sin decir, que la enfermedad descrita por Rayer con el nombre de *nefritis gotosa*, y cuyos caractéres anatómicos hemos trazado anteriormente, no merece el nombre que se le ha dado. ¿Por qué ha de llamarse inflamacion una lesion caracterizada principalmente por el depósito de una materia cristalina? Con el mismo fundamento se podria pretender, que la formacion de los tofos de las articulaciones es efecto de una condritis, de una artritis ó de un flemon. Ya volveremos á tratar en otro artículo del abuso que se ha hecho de la palabra *nefritis* (v. esta enfermedad).

»*Enfermedades del estómago.*—Todos los autores hablan de diversas alteraciones del estómago y de los intestinos, que suelen manifestarse en los gotosos. Sydenham dice que «comunmente consisten en una languidez y debilidad del estómago, acompañada de retortijones causados como por flato. Ya hemos mencionado la gastralgia y sus principales síntomas; enfermedad que constituye una complicacion bastante comun de la gota inveterada. Los síntomas con que se anuncia son los siguientes: pirosis, eructos ácidos, opresion despues de la comida, sensibilidad y tension epigástricas, lengua cubierta de una capa blanca ó amarillenta, pálida, y algunas veces limpia, náuseas, estreñimiento, en ciertos casos influencia simpática del estómago sobre el cerebro, cefalalgia, debilidad general, accesos de melancolia ó de tristeza habitual, y temor á la muerte. Este estado patológico se ha hecho dimanar de la atonia del estómago, habiendo dado al conjunto de sus síntomas el nombre de *gota atónica*: otros con menos ra-

zon ven en él los signos de una gastritis, creyéndose por lo tanto autorizados para llamar á la gota *gastro-artritis*. Sea como quiera, basta dar una ojeada á las descripciones de los autores, para convencerse de que las alteraciones del estómago que presentan en cuadros bastante confusos, son de naturaleza muy diferente, y que muy rara vez se las puede atribuir á una irritacion inflamatoria de esta víscera. La atonia y la neurosis gástricas son al parecer los elementos morbosos que predominan, especialmente en la gota antigua.

»Las alteraciones de la porcion inferior del tubo digestivo (*gota de los intestinos*) determinan síntomas bastante diversos. En ocasiones parecen provenir de un estado bilioso, observándose entonces un tinte amarillento en la piel, dolores hácia los hipocondrios y en la base del pecho, cólicos sordos, escrementos biliosos, ó un estreñimiento pertinaz, y materias sólidas y descoloridas: se han referido tambien los fenómenos hipocondriacos que se manifiestan en muchos enfermos al desarreglo de los órganos digestivos. Los flatos del tubo intestinal, los borborigmos, la tumefaccion del vientre, los dolores sordos, la opresion determinada por la timpanitis, el estreñimiento, la dificultad de las digestiones y los fenómenos de disnea, forman asimismo un estado morboso frecuente en los gotosos, que es evidentemente efecto de una neurosis gastro-intestinal. Añadiremos que los accidentes que esperimentan estos enfermos son muy movibles, ora afectando el estómago y los intestinos, ora pareciendo depender de una afeccion del corazon ó de las vias respiratorias, etc.; cuyas diversas manifestaciones se suceden y reemplazan en un mismo individuo y en un tiempo bastante corto. Asi se esplica sin duda el desórden y confusion que se encuentran en las obras donde se refieren estas enfermedades coexistentes, y de que se podrá formar una idea recorriendo las páginas en que Scudamore se esfuerza en describirlas (ob. cit., p. 79 y sig.).

»Otro de los síntomas frecuentes en los gotosos, es la diarrea acompañada de retortijones vivos, de estenuacion rápida, de escrementos mucosos fétidos ó no, y mezclados con una gran cantidad de aire, de sangre, etc. No debe afirmarse por la simple existencia de estos síntomas que haya una flegmasia de los intestinos, porque el tratamiento mas eficaz en tales casos consiste en la administracion de los narcóticos, del ruibarbo y de las sustancias escitantes y tónicas. Lo mismo sucede cuando hay complicaciones gástricas. Sin embargo, no conviene generalizar esta proposicion tanto como lo han hecho muchos autores de los últimos siglos, ni prodigar siempre los cordiales, los espirituosos, estomacales, etc.

»Sidenham ha visto algunas veces la gota complicada con perineumonia durante el invierno, y dice que no debe tomarse en cuenta la gota, la que sin embargo creia que se fijaba en los pulmones, queriendo que se trate la enfermedad como una perineumonia ordinaria (loc. cit., §. 871).

»*Gota vaga escorbútica.* — Moellenbrock, Barthez y otros, han visto complicarse la gota con el escorbuto. «En esta gota, dice Barthez, aparecen generalmente en las piernas y en otras diversas partes del cuerpo unas manchas rubicundas ó negras, y se observan muchas veces tumores en las articulaciones, que se disipan poco á poco. Coste ha observado que las orinas se hacen sanguinolentas, y que en un período mas adelantado del mal se reblandecen los huesos y se carian las articulaciones: la blandura de las encias, las hemorragias, las manchas, y los demas síntomas del escorbuto, acaban de caracterizar esta complicacion.» Barthez describe una gota consecutiva al escorbuto, que se reconoce por los mismos síntomas. No hay duda que en un grado avanzado de la gota, cuando la economia está profundamente alterada, esperimenta la sangre una alteracion, agregándose á los signos de la gota los del estado morboso que los antiguos llamaban *escorbútico*.

»La hidropesia y la anasarca dependen casi siempre de una complicacion, siendo los riñones ó el corazon, ó bien el hígado, los órganos que entonces se hallan afectos. Se han atribuido á la gota las colecciones serosas que se han encontrado en las cavidades esplánicas; pero esta opinion no podria admitirse en la actualidad. Por lo que hace al edema de las estremidades inferiores ó de las partes afectadas de gota, puede depender de las causas referidas, ó de la simple dificultad de la circulacion en los miembros que han estado inmóviles á causa de los dolores, ó comprimidos por ligaduras. En este caso el edema es completamente circunscrito alrededor de las partes inflamadas. Por lo demas, siempre es preciso analizar la orina para reconocer la verdadera causa de la infiltracion serosa.

»Se ha querido establecer una relacion íntima entre el reumatismo, la gota y las neuralgias. No faltan hechos que demuestren el desarrollo sucesivo ó alternativo de estas dos afecciones. «La ciática gotosa, dice Barthez, ataca especialmente á los gotosos antiguos; va muchas veces precedida ó seguida del tumor artrítico en los pies; se fija en el hueso sacro ó en la articulacion del fémur, y es periódica y no contínua, como la ciática reumática inveterada. En esta enfermedad el dolor es á veces tan violento que no puede el enfermo andar sino inclinándose hácia el lado afecto; se propaga desde la cadera hácia el pie, y va acompañado de entorpecimiento en todas las partes que ocupa. Cuando la ciática se prolonga mucho, se debilita el miembro y cojean los enfermos.»

»Diagnóstico.—Es dificil confundir la gota con el reumatismo, si se tienen en consideracion el curso y demas particularidades de la

enfermedad: estableceremos sin embargo las diferencias que separan la gota aguda del reumatismo agudo. Los primeros ataques de una gota regular se presentan en el dedo gordo del pie, y rara vez en otros puntos: el reumatismo por el contrario, tiene gran tendencia á invadir muchas articulaciones aun durante el primer ataque. Los síntomas locales son por otra parte demasiado diferentes para que dejen duda alguna.

»En la gota se observa una predileccion de la enfermedad hácia las articulaciones pequeñas, y particularmente las del dedo gordo; hay tumefaccion considerable y circunscrita de la articulacion, muchas veces con sufusion serosa, en la que forma una depresion el dedo cuando la piel no está muy tensa; rubicundez muy viva de los tegumentos que se hallan lustrosos y muy hinchados; turgencia de las venas que rodean la articulacion; dolor muy violento acompañado de una sensacion de calor y pulsacion, algunas veces de contraccion, peso y entorpecimiento; descamacion de la epidermis, remision de los dolores y de la fiebre durante el dia; cantidad considerable de ácido úrico en las orinas; coincidencia observada hastante á menudo del mal de piedra y de las enfermedades del estómago; insuficiencia del tratamiento antiflogístico y de las emisiones sanguíneas, y reaparicion frecuente de los ataques. Añadiremos ademas, que es rara en los jóvenes, que la trasmision hereditaria tiene mucha influencia en su produccion, y que parecen ocasionar su desarrollo ciertas causas completamente especiales. Todas las particularidades que acabamos de enumerar faltan en el reumatismo.

»Este no invade un sitio particular en sus primeros ataques; no suele afectar las articulaciones pequeñas, ó al menos no lo hace tan frecuentemente como la gota; sus síntomas locales no son tan pronunciados; la rubicundez, la hinchazon y el calor son menores; el dolor no es pulsativo ni tiene la violencia estremada que adquiere en la gota, y no hay turgencia en las venas, descamacion de la piel, ni la remision de los síntomas locales y de la pirexia, que se observan en la gota. Las orinas son muy ácidas, encendidas, y depositan un sedimento abundante de ácido úrico, pero en un grado mucho menor. El reumatismo y la gota tienen cada cual sus coincidencias determinadas: el primero la endocarditis, la pericarditis y la pleuresia, y la segunda el mal de piedra, las perturbaciones nerviosas, la atonia del estómago y de los intestinos, y la multiplicidad de las metastasis. El reumatismo no tiene la movilidad estremada de la gota, puede presentarse desde muy tierna edad, está menos sujeto á recidivas, no se trasmite tan conocidamente por herencia, y los circumfusa tienen mas parte en su produccion que en la de la gota. Las emisiones sanguíneas son mas eficaces en su curacion que en la de esta última. Ni son menores las diferencias cuando se atiende á la condicion de los individuos que estan afectados de una y otra enfermedad. El reumatismo ataca sobre todo á los hombres habitualmente espuestos por su profesion á todas las vicisitudes atmosféricas, y cuya existencia ha pasado por grandes infortunios. La gota, por el contrario, invade á la gente de la clase rica, cuya alimentacion es suculenta y la vida muy regalada. Todos los que han visitado hospitales pueden decir cuán raro es encontrar en ellos enfermos gotosos.

»La *gota crónica* se reconoce por el conjunto de los síntomas agudos, que se presentan muchas veces antes que la enfermedad pase al estado crónico. Es raro que se establezca desde luego la gota crónica; mientras que el reumatismo crónico sigue muchas veces este curso. Las articulaciones se encuentran rodeadas de concreciones características de urato de sosa ó de cal, y desfiguradas de modos muy estraños, lo cual no sucede en el reumatismo crónico. Las coyunturas atacadas por esta última enfermedad se hallan tumefactas, distendidas algunas veces por la serosidad, y anquilosadas ó inmóviles por las adherencias que se han establecido entre los huesos; pero no ofrecen las deformidades que los miembros de los individuos afectados de gota. Los fenómenos morbosos estan limitados á las articulaciones enfermas, y constituyen una afeccion puramente local. En la gota crónica por el contrario, se halla alterada toda la constitucion; se perturban las digestiones, y el paciente se ve atormentado por dolores vagos y accidentes variados y movibles, que ora se manifiestan en una víscera, ora en otra.

»Puede establecerse como una proposicion general, dice Scudamore, que las funciones naturales estan mucho mas alteradas en la gota crónica, que en el reumatismo de igual forma» (ob. cit., p. 340). Las demas particularidades que hemos espuesto anteriormente con respecto al reumatismo y á la gota agudos, servirán para completar el diagnóstico.

»En vista de los caractéres diferenciales que separan tan profundamente la gota del reumatismo, cuesta trabajo concebir que los autores modernos hayan considerado la gota como una artritis, es decir, como un reumatismo. Procede esto sin duda, de que se han guiado por simples teorias, y no por la observacion ó la autoridad de los médicos de todos los siglos.

»Pronóstico.—La gota es una afeccion que no amenaza inmediatamente la existencia de los enfermos, pero los espone á una larga série de padecimientos contra los cuales no pueden emplearse mas que paliativos: «Longus quidem »etiam hic morbus est et molestus, minime ta- »men lethalis» dijo Hipócrates (*De affectionibus*, cap. VIII). La gota es una de las enfermedades en que casi siempre es ineficaz la terapéutica, y todavia hoy pueden repetirse estos dos versos de Luciano

Cognoscat unusquisque, me solam deum
Non deliniri pharmacis, non obsequi.

»La duracion de un primer ataque de gota es de dos á tres septenarios: la disminucion de los dolores, como tambien la del movimiento febril, y el restablecimiento de las funciones, son las circunstancias que indican la próxima terminacion de la enfermedad. Se ha dicho que esta solucion se anunciaba por la formacion en las orinas de un sedimento latericio; pero esto no es exacto. Cuando este líquido, despues de haber sido claro y trasparente, vuelve á enturbiarse de nuevo, se debe temer una recaida.

»La gota aguda es una enfermedad funesta, porque espone á los individuos que la padecen á recidivas bastante frecuentes; pero no trae ningun peligro inmediato mientras se conserve la robustez y no sobrevengan complicaciones. La gota crónica es mucho mas grave á causa 1.º de su duracion mas larga, y 2.º de los accidentes locales y generales que trae consigo; pues en efecto muchos gotosos se ven privados del uso de sus miembros por las lesiones profundas que sobrevienen en las articulaciones, y la inmovilidad á que estan condenados no tarda en alterar todas sus funciones, y particularmente las del tubo digestivo. Una caquexia llamada *gotosa*, ó en otros términos, una alteracion general de la nutricion y de la hematosis, va demacrando á los enfermos y amenaza sériamente su existencia.

»La gota asténica irregular es temible porque determina muchas veces accidentes graves en las vísceras interiores; se retropele, como decian los antiguos, y entonces se manifiestan todos los síntomas de la gota interna, sea *retrocedida naturalmente*, ó sea *repercutida*. En este caso es preciso para establecer el pronóstico tomar en consideracion el órgano afectado: si este desempeña funciones importantes, como el estómago, los intestinos ó el pulmon, y los fenómenos morbosos son intensos, debe temerse una terminacion funesta, á menos que no se consiga hacerlos desaparecer atrayendo la gota á su primitivo asiento.

»La *gota interna* (ya nos hemos esplicado sobre esta palabra), sea primitiva ó consecutiva á la gota articular, es mas grave que esta última. La que tiene un curso completamente irregular y es muy movible, debe inspirar temores, sobre todo cuando el enfermo es de edad avanzada ó se halla debilitado por esta ú otras enfermedades anteriores. Los antiguos fundaban especialmente su pronóstico en el curso del mal: era funesto segun ellos, cuando no llegaba á la coccion, es decir, cuando los síntomas locales dejaban de sucederse en el órden habitual. Esta opinion antigua, basada con razon ó sin ella en el humorismo, no por eso es menos verdadera, y creemos que todavia se la debe tomar muy en consideracion. La gota es una enfermedad general, que causa accidentes locales, y que tiene *determinaciones morbosas* tambien locales: si faltan estas últimas, y se manifiestan en las vísceras interiores accidentes insólitos, podemos estar seguros de que esto depende de la influencia de alguna causa que modifica el mal, y que por lo tanto hace mas funesto el pronóstico.

»Se ha dicho que los ataques de gota eran mas rigurosos en otoño, menos temibles en la primavera, peligrosos en invierno y poco intensos en estío (Musgrave). La naturaleza de la causa no deja tampoco de tener importancia: «Hœreditariæ et tophaceæ curatu omnium dif»ficillimæ» (Boerhaave, en *comm.*, 1629, loc. cit., p. 301). La edad y el estado de la constitucion merecen tambien consultarse. Hipócrates dice con razon, que los gotosos agoviados por la edad, y cuyas articulaciones se hallan rodeadas de materia calcárea, son absolutamente incurables; y que los individuos jóvenes, en quienes no se hallan afectadas las articulaciones de semejante modo, que gozan de toda su actividad y tienen el vientre libre, pueden esperar la curacion si se confian á un médico instruido (*Prœdict.*, lib. II, cap. VII).

»Causas.—El testimonio unánime de los médicos parece acreditar que la gota se trasmite muchas veces por la generacion. Sin embargo, los autores refieren algunos hechos contrarios á esta opinion, que no puede aceptarse sin nuevo examen. Sidenham, Hoffmann, Boerhaave, Van Swieten, Helmont y Barthez, pretenden que la enfermedad puede trasmitirse por contagio. Van Swieten, que sostiene igualmente este modo de trasmision, refiere que dos individuos fueron atacados de gota por haber usado los zapatos de un gotoso. Este hecho, tomado del médico aleman Werloschnigg, no prueba absolutamente nada, como tampoco otros muchos mas ó menos semejantes que se hallan consignados en las obras. Van-Helmont dice, que una mujer fue atacada de esta enfermedad despues de haber hecho uso de una silla de que se habian servido durante mucho tiempo sus dos hermanos gotosos (*De magnetica vulnerum curatione*). Coste ha llegado á decir, que un perro que se acueste sobre los pies de un gotoso, puede contraer la afeccion y libertar de ella al paciente (*Traité pratique sur la goutte*). Mientras no se aleguen mas hechos que estos, ú otros parecidos, deberá ponerse en duda la naturaleza contagiosa de la gota.

»Se ha querido encontrar en ciertas disposiciones corporales la causa de la gota, considerando mas espuestos á padecerla que á los demas, á los que gozan de un temperamento sanguíneo y bilioso, á los individuos sujetos á hemorroides, pletóricos, y que padecen congestiones habituales; pero no se ha dejado de añadir, que las personas linfáticas y nerviosas no estaban tampoco exentas de ella, lo cual disminuye el valor de la esclusion hecha en favor de algunos temperamentos. Hay una especie de constitucion adquirida que predispone manifiestamente á contraerla, cual es la que resulta de una vida ociosa y de una alimentacion muy suculenta: hablaremos de ella mas adelante. Por de pronto es preciso convenir en

que las personas de una constitucion enjuta, cuya piel es seca, y que ejercitan su cuerpo tanto como su espíritu, padecen de la gota con mucha menos frecuencia que las que son robustas y obesas, ó las que gozan de un vigor considerable y de un temperamento atlético (Sidenham, loc. cit., §. 809).

»Se ha designado con el nombre de *diatesis gotosa* la predisposicion orgánica en cuya virtud se desarrolla la gota. Esta predisposicion es hereditaria ó adquirida; siendo difícil indicar con exactitud sus principales caractéres, que ya hemos trazado, tales como los refieren los autores. Boerhaave los reasume en las palabras siguientes: «Corpus magnum, crassum, plenum» (af. 1252). La vida sedentaria, los trabajos de espíritu y una alimentacion rica en materias azoadas, etc., favorecen la produccion de la diatesis gotosa. Esta va muchas veces unida á la disposicion calculosa, y tiene algunas conexiones con la diatesis reumática; de modo que en algunos individuos se transforman una en otra al trasmitirse de los ascendientes á los descendientes.

»No hay pueblo que no padezca esta enfermedad aunque en grados diferentes. Los escritores aseguran que se hizo muy comun en Roma, cuando se llegaron á corromper sus costumbres, y que las mismas mujeres no estaban exentas de ella á causa de su vida licenciosa *ob varii generis debacchationes* (Séneca, carta 95). Areteo, Celso y Celio Aureliano, hablan de ella como de una enfermedad frecuente entre los romanos. Dícese que los chinos y los japones no padecen la gota á causa del uso que hacen del té; pero desmienten esta opinion los numerosos remedios que para combatirla emplean aquellos naturales, como se halla justificado por los escritos de un médico llamado Ten Rhyne. Debe ser mas rara en los paises calientes que en los frios, pues vemos que en Europa es mas comun y endémica en Inglaterra, Alemania y Francia. Tambien es mas temible la gota, y sus ataques mas rigurosos y difíciles de curar, en los paises frios y húmedos; y tal vez esta circunstancia esplique los resultados de ciertas medicaciones que se consideran como infalibles en ciertos paises, y en otros como enteramente ineficaces.

»*Edad.*—Hipócrates y Galeno aseguran que la podagra no se desarrolla antes de la pubertad ni de haber disfrutado de los placeres del amor. Sidenham no vió jamás un solo niño ni adolescente atacado de gota legítima. Areteo dice que es rara antes de los treinta y cinco años, aunque se observen bajo este aspecto algunas variaciones causadas por la predisposicion individual ó el régimen de vida: «Prout »cujusque natura aut victus ratio postulat» (*De caus. et sign. morbor. diut.*, lib. II, capítulo XII). Puede sobrevenir por primera vez en una edad bastante avanzada, en cuyo caso dice Sidendam haber notado que es menos violenta. Refiere igualmente este autor, que se encuentran entre los gotosos algunos jóvenes que han heredado de sus padres esta funesta enfermedad, ó que se han entregado desde muy temprano y con esceso á los placeres de la venus (loc. cit., §. 810). Estas observaciones son muy exactas; y efectivamente se concibe muy bien que las causas mas comunes de la gota hagan que esta se anticipe cuando existe ya una predisposicion marcada.

»*Sexo.*—La gota ataca especialmente á los hombres segun dijo Areteo: «Viri facilius in »hunc morbum incidunt, et ex mulieribus agi»liores. Mulieres, licet rarius quam viri, diffi»cilius tamen hoc vitio laborant.»

»Hipócrates emite la misma opinion; mas cree que no se hallan ya exentas cuando han llegado á la edad crítica: «Mulier podagra non »laborat, nisi ipsi menstrua defecerint.» No puede admitirse este aforismo de un modo absoluto, pues se afectan de gota gran número de mujeres que todavia menstruan regularmente (véase el testimonio de Van Swieten y su comentario sobre el aforismo 1255, loc. cit., página 254). Séneca dice, que la proposicion de Hipócrates no es exacta, y que no debe estrañarnos que la mayor parte de los médicos hayan cometido semejante error, pues si vemos tantas mujeres gotosas y calvas, es porque han perdido las ventajas propias de su sexo á causa de la lujuria: «Quia fœminam exuerunt, dam»natæ sunt morbis virilibus.» Han observado los autores que las mujeres que mas se acercan al hombre por su talla, voz y costumbres (marimachos), estan mas espuestas á padecer la gota que las demas. Segun Hipócrates, los eunucos jamás se hacen calvos ni gotosos. Se ha discutido mucho esta proposicion, y Galeno, para poner á todos de acuerdo, alega una razon que, si no muy convincente, es bastante ingeniosa: puede ser muy bien, dice este médico, que los eunucos no padecieran de gota en tiempo de Hipócrates; pero no sucede lo mismo en la actualidad en que se entregan al ocio y á la intemperancia. «Talis est eorum desidia, »tanta ingluvies et crapula, ut etiam absque »veneris usu podagra corripi possint.» Esta discusion ha perdido felizmente para nosotros todo su interés.

»*Circumfusa.*—Hipócrates opina que los dolores de la gota se manifiestan principalmente en primavera y otoño. Giannini cree que el frio produce la gota por su accion ánua y casi permanente sobre las partes en que reside la enfermedad, y por la estructura particular de estas ó las funciones que desempeñan (*De la goutte et du rhumatisme*, trad por Jouenne, p. 4, en 12.°; París, 1810). Discurriendo el autor sobre esta idea, hace notar que los pies y las manos estan habitualmente espuestos al frio; pero semejante asercion no puede sostenerse: pues entonces resultaria que los pobres y los artesanos padecerian la gota con mas frecuencia que las personas ricas, cuyas manos y pies se hallan resguardados por vestidos calientes

y cómodos, y precisamente sucede todo lo contrario. Creemos nosotros que si influye el frio en la produccion de la gota, no es por la accion local que ejerce, sino porque modifica todas las funciones. Pedro Desault dice, que la traspiracion es menos abundante en los gotosos que en los demas hombres. Acariciando Turck esta idea, que cuadra con su teoría química de la gota, asegura que la piel está seca, marchita, fria y sin elasticidad. Ciertamente, dice este autor, que se encuentra el mal en individuos que sudan mucho; pero sus miembros estan secos ó transpiran menos en proporcion (ob. cit., p. 106). Turck llega á decir, que ha encontrado el sudor menos ácido; pero los que estan algun tanto familiarizados con la química, saben lo que vale esta asercion. Agréguese á esto que no se halla fundada en ningun analisis químico capaz de probar el aumento de la acidez. Sin que tratemos de negar el importante papel que representa la traspiracion cutánea en el órden fisiológico de las funciones, diremos sin embargo, que antes de atribuirle una parte en la produccion de las enfermedades gotosas, se necesitan numerosos y delicados esperimentos, para averiguar si existen realmente en los sudores alteraciones de cantidad y calidad, y en qué consisten estas alteraciones; hasta que tal se verifique podrán establecerse hipótesis, pero nada mas. Añadiremos por otra parte, que aunque se quiera atribuir la gota á la disminucion ó cesacion del sudor, siempre es preciso que intervenga otra causa; porque no en todos los individuos en quienes se modifica indudablemente esta importante funcion por un frio repentino ó contínuo, se observa semejante enfermedad, y volvemos á repetir, que los que se hallan precisamente menos espuestos á las vicisitudes del calor y del frio son los que la padecen con mas frecuencia.

»Las numerosas influencias higiénicas que pueden considerarse como causas predisponentes de la gota, se hallan admirablemente reasumidas en el siguiente aforismo de Boerhaave: «Cualquiera que sea la causa de la gota, siempre que pueda seguir su evolucion natural, se presenta despues de los treinta y mas años; ataca con preferencia á los hombres y particularmente á los de un talento distinguido, cuya inteligencia siempre en actividad, se aniquila en vigilias prolongadas. Tambien debe mencionarse entre las causas, una alimentacion suculenta, los vinos ácidos y blancos, el uso de los generosos tomados en gran abundancia y en comidas muy largas, los placeres venéreos prematuros y escesivos, una estatura considerable con mucha robustez y obesidad, el abuso de los ácidos, el enfriamiento de los pies cuando estan sudando ó espuestos á la humedad en los diferentes ejercicios como la caza y la equitacion, y la trasmision hereditaria mas ó menos inmediata» (aforismo 1255). Pudieramos contentarnos con reproducir este aforismo: pero le añadiremos algunas reflexiones.

»La gota se presenta casi siempre entre los individuos que pertenecen á la clase rica ó acomodada de la sociedad, y muy rara vez en los pobres: μισοπτωχος θεα, «dicitur podagra quia »pauperes odit.» El ingenioso fabulista nos la presenta instalada cómodamente en la casa del rico. «Divitum in pedibus bene culta sedet» dice Van-Swieten. Schenk refiere la historia de un aleman rico, que se hallaba tan atormentado por la gota, que no se podia sostener sino apoyado en los brazos de sus criados, y que habiendo llegado á ser pobre, vió muy luego desaparecer esta enfermedad; lo cual habia hecho decir al Petrarca: «Para eximirse de la gota es preciso ser pobre ó vivir pobremente.» Esta predileccion de la gota hácia los felices de la tierra, ha hecho que se le dé el sobrenombre de *morbus dominorum*. Algunos se han consolado de tener la gota por padecerla en tan buena compañia. «Debiera consolarme, dice Sidenham, como á los demas gotosos que carezcan de bienes y grande ingenio, la consideracion de que los príncipes, generales, almirantes, filósofos, y otros muchos hombres ilustres han vivido y muerto de este modo: en una palabra, la gota tiene la particularidad, que casi en ninguna otra afeccion se encuentra, de que mata mas ricos que pobres, y mas gente de talento que estúpidos» (loc. cit., §. 822). Sidenham hace despues de esta frase algunas observaciones filosóficas, que parecen calcadas sobre el sistema de las compensaciones.

»Una alimentacion suculenta y muy azoada, el uso de carnes sabrosas y ricas en fibrina, y el de vinos tomados habitualmente en gran cantidad, se consideran como las causas mas frecuentes de la gota: «Aunque la gula y la escesiva cantidad de alimentos producen bastante á menudo la gota, dice Sidenham, procede todavia con mucha mas frecuencia de escesos en el uso de los alcohólicos» (loc. cit., §. 285). Luciano en su poema acusa á los gotosos de haber contraido su enfermedad por los escesos de la mesa. Celio Aureliano y Areteo la atribuyen igualmente á la intemperancia. Asi pues, en todos los tiempos y paises se han considerado los escesos de los placeres de la mesa como la causa principal de la gota. Añadiremos que todos los autores estan de acuerdo en colocar en la misma línea los placeres venereos repetidos con demasiada frecuencia: «Unde Bacchi et veneris filia salutatur à poetis podagra» (Van-Swieten).

Ut Venus enervat vires, sic copia vini,
Et tentat gressus debilitatque pedes.

»Se ha dicho tambien que la naturaleza de los vinos no dejaba de tener influencia sobre la produccion de la enfermedad. Van-Helmont proscribe los vinos blancos y ácidos, y cree con otros muchos médicos que profesan esta doctrina, que la acidez representa un gran papel en

el desarrollo de la gota. Fundándose algunos autores en analogías erróneas, opinan que los vinos que dan las tierras calcáreas y cretáceas, favorecen el desarrollo de esta enfermedad y el depósito de una materia igualmente calcárea en las articulaciones. Los terrenos arcillosos y grasos son los que comunican al vino estas cualidades perniciosas, segun la opinion de varios médicos, que han proscrito por este motivo los vinos de Bohemia y Hungria: los que proceden de parages arenosos no tienen segun ellos este inconveniente. Wepfer asegura que los habitantes de Schaffouse padecen rara vez de gota (Fed. Hoffmann, *De genuino et simplicissimo doloris podagrici remedio, dissert. medic*; en *Opera omnia*, t. III, suppl., p. 176, en fól.; Ginebra, 1753). Scudamore dice que las cualidades escitantes del vino de Champagne lo hacen muy perjudicial á los individuos predispuestos á la gota, y que su uso determina con mucha frecuencia la aparicion de los ataques. Los vinos de Oporto y de Burdeos, la cerveza de espuma, y todas las muy fuertes y fermentadas son igualmente nocivas. Se ha dicho que la cerveza y las bebidas amargas que se usan en los pueblos del Norte eran saludables. No habiendo encontrado Linneo la gota entre los suecos, se inclinó á creer que dependeria de la costumbre que tienen de no beber mas que cerveza suave; pero no puede admitirse semejante opinion, si se considera que los habitantes de Holanda, Bélgica, Alemania é Inglaterra, que hacen un uso tan considerable de esta bebida, padecen el mal con mucha frecuencia. Hasta hay quien diga que los bebedores de este licor tienen la gota mas á menudo que los demas (Luis Liger, *Traité de la goutte*, p. 75, en 12 °; París, 1753): Van-Swieten es de la opinion contraria (loc. cit., p. 259). Es visto, pues, que reina mucha incertidumbre respecto de la nociva influencia de las bebidas. No obstante, deben proscribirse sin restriccion los vinos alcohólicos, las bebidas espirituosas; y entre los alimentos, las sustancias ricas en materias azoadas. La replecion contínua del estómago es una causa que debe procurarse evitar.

»Tratamiento.—Difícil seria al lector sacar algo en limpio del impenetrable caos de remedios propuestos por el empirismo para combatir la gota; y asi dejaremos á un lado todas las recetas que se han condecorado con el título de específicas, indicando solamente las que han prestado algunos servicios, y que todavia se emplean de una manera empírica. Pero antes de todo conviene establecer el tratamiento racional de la gota y las indicaciones curativas en que debe apoyarse.

»Trataremos pues: 1.° *de la gota articular*. A. *tratamiento higiénico ó preservativo*; B. *tratamiento de los ataques*; C. *tratamiento curativo de la enfermedad*, *que puede ser*: a *racional*, b *empírico*; 2.° *del tratamiento de la gota crónica*; 3.° *del de la interna*, y 4.° *del de las complicaciones*.

»1.° *Tratamiento de la gota articular*.—A. *Tratamiento higiénico*.—Dedúcese naturalmente del estudio que acabamos de hacer de las causas de la enfermedad, y constituye el mejor tratamiento que puede emplearse contra ella. Los golosos que quieran libertarse de su afeccion ó hacer los ataques mas raros y menos violentos, deben esperar mas de los medios higiénicos que de los medicamentos, en lo cual se hallan conformes todos los médicos. A los enfermos que recurren á toda especie de remedios, es á los que la podagra, divinizada por Luciano, apostrofa con furor:

His qui nihil sapiunt mihi contrarium,
Animan gero mitem, et fio placabilis.

»Sidenham, Cullen, Barthez y Hoffmann (loc. cit.), describen con admirable talento las reglas que deben seguir rigurosamente los gotosos: de sus escritos tomaremos cuanto digamos sobre esta materia.

»*Alimentos*.—Es necesario comer y beber con gran moderacion; pero en términos que ni se tomen mas alimentos que los que el estómago pueda digerir, ni llegue á debilitarse este órgano con la demasiada abstinencia; estremos ambos que son igualmente dañosos, como he tenido ocasion de observar mas de una vez en mí mismo y en los demas» (Sidenham, loc. cit., §. 859). A esto añadiremos, que en cada caso particular deben establecerse las reglas, que no es posible formular de una manera general. Es preciso usar moderadamente de las carnes, elegir las que tengan menos osmazomo y fibrina, absteniéndose especialmente de las muy condimentadas, saladas y difíciles de digerir, y entre ellas de las carnes de caza. Es muchas veces necesario privar completamente á los enfermos del uso de alimentos animales, y no dejarles comer mas que sustancias vegetales, y aun estas con observacion de sus efectos; porque los enfermos cuyo estómago padece flatos, dolores, y otros síntomas propios de la gastralgia, las digieren con trabajo, sintiéndose molestados con su uso: el régimen misto es el mejor que puede prescribirse.

»Mead aconseja la dieta láctea, y otros muchos médicos son tambien de este parecer. Sidenham encuentra en ella algunos inconvenientes, sobre todo para los hipocondriacos que estan obesos y que han usado mucho de licores espirituosos. Werlhof, Grant y Barthez, la aprueban, pero no de una manera absoluta. Se puede decir que las preparaciones lácteas no deben aconsejarse nunca como alimento esclusivo á los individuos robustos, que han padecido uno ó muchos ataques de gota y que quieren preservarse de ellos, pues no podrian soportar mucho tiempo semejante alimentacion, que solo conviene á las personas cuyo estómago está débil y afectado de gastralgia. Por lo demas haremos observar, que no basta arreglar el plan alimenticio; pues es preciso tambien,

dice Van-Swieten, que los hombres entregados á los trabajos de bufete, á la cultura de las letras y á las meditaciones filosóficas, procuren distraerse y hacer ejercicio dos horas antes de la comida, y despues de esta emplear el tiempo en pasearse ó en conversaciones agradables.

»B. *Bebidas.*—Deberán los gotosos abstenerse enteramente del vino? Hay un axioma vulgar que dice: bebas ó no bebas vino la gota seguirá su camino. Martian dice que algunos enfermos consiguieron curarse enteramente no bebiendo mas que agua. Musgrave cree que el vino tinto tomado con moderacion, es un preservativo para ciertas personas, y aconseja que se beba despues de comer y al tiempo de acostarse. Liger permite el uso del vino á los enfermos, sin escluir el Champagne. Nosotros creemos con Sidenham, que la mejor bebida para los gotosos es la que guarda un medio entre la fortaleza del vino y la debilidad del agua; que estos dos líquidos convenientemente mezclados son útiles para todos, y que no dejaria de ser perjudicial el proscribir el vino á ciertos gotosos. Creo, dice Sidenham, que es dañosa el agua pura, y yo mismo lo he esperimentado. Sin embargo deja de serlo para los enfermos que no han bebido otra cosa en toda su vida. Las bebidas que producen mejores efectos, son el agua mezclada con vino tinto ó blanco, la cerveza clara poco fermentada, y las aguas minerales que contengan ácido carbónico: las alcalinas pueden ser muy útiles para debilitar el vino, sobre todo en las personas que padecen mal de piedra. Se ha dicho que el uso del té preservaba de la gota; pero los holandeses é ingleses que se sirven habitualmente de esta bebida, no por eso estan exentos de tal enfermedad.

»*Vestidos.*—Los gotosos deben huir de los lugares bajos y húmedos, y habitar en parages elevados, bien ventilados y secos, prefiriendo los paises cálidos. Muchas veces consiguen, por el solo cambio de clima, evitar por mucho tiempo la reaparicion de los ataques. Los vestidos deben ser de lana, y el cuerpo ha de estar cubierto con franela y otras ropas que sean capaces de mantener una temperatura igual y suave en la superficie de la piel. Sin embargo, conviene advertir que el calor artificial sostenido por este medio, no debe ser estremado. Hemos tenido ocasion de ver dos individuos gotosos, que por efecto de una preocupacion ridícula, se promovian continuamente una abundantísima traspiracion, hasta que llegaron á debilitarse tanto, que fue preciso hacerles desistir de tan perniciosa costumbre.

»Se ha recomendado á las personas que se hallan amenazadas de gota ó que ya la padecen: 1.º acostarse muy temprano en una cama dura, y madrugar mucho: 2.º abstenerse de los placeres del amor si son ya de edad avanzada, ó no usar de ellos sino muy rara vez, y 3.º hacer ejercicio todos los dias, eligiendo aquel que obligue á poner en juego los órganos del movimiento: los paseos á pie, la esgrima, la caza y la equitacion, son preferibles á los demas; sin embargo, si el enfermo está baldado «deberá pasearse en carruage, practicando por lo menos este ejercicio, si es que no puede hacer otro» (Sidenham). Celso da tambien el consejo de que se haga andar á los gotosos. Conviene recordar que el ejercicio del campo es con mucho preferible al que se hace sin salir de las ciudades. El uso de las aguas minerales ofrece la doble ventaja de obligar á los enfermos á hacer ejercicio, y de obrar por sus propiedades medicinales. Sidenham, Van-Swieten y otros médicos, quieren que los gotosos hagan ejercicio aun antes que los dolores de las articulaciones hayan desaparecido enteramente, pues aseguran que acelera la resolucion del mal:

.....Goutte bien trocassée
Est, dit on, à demi panseé.
.......*Gota bien paseada*
Está ya medio curada.
(La Fontaine.)

»La escitacion de las funciones de la piel es eminentemente saludable. Aecio enumera las ventajas que pueden sacar los gotosos del uso de las fricciones; las que son en su concepto un medio profiláctico precioso, y recomienda que se hagan con aceite, triturando en él un poco de sal. Boerhaave observó que los gotosos obtenian mucho alivio, cuando se les frotaba mañana y tarde con franelas secas y calientes; y aun dice que muchos se preservaron por este medio de la reaparicion del mal. Los médicos modernos prescriben igualmente las fricciones; las que pueden hacerse con un pedazo de franela ó un cepillo dispuesto para este efecto, prolongándolas por espacio de diez minutos ó de un cuarto de hora. Tambien pueden darse unturas con aceite. Dícese que el uso de las fricciones, tan general en el Asia, es una de las principales causas que contribuyen á que la gota y el reumatismo sean tan raros en este pais.

»Son útiles los baños templados, porque provocan un sudor abundante y escitan un movimiento saludable hácia el esterior; pero es preciso que los enfermos eviten mucho el enfriarse despues de esta primera accion. Debemos decir sin embargo, que se ha deshechado con bastante generalidad el uso de los baños, diciendo que ayudan á regenerar la gota, porque debilitan el cuerpo; si bien esta razon es poco convincente. Para que el baño goce de toda su virtud profiláctica, debe ir seguido de fricciones y del amasamiento á estilo oriental. Se ha recomendado desde muy antiguo el baño de agua fria, el cual tuvo mucha boga entre los romanos cuando Antonio Musa curó por su medio y las bebidas frias al emperador Augusto, que se hallaba reducido por los dolores de la

gota á una emaciacion estremada. Grant sostiene la singular opinion de que «andar con los pies dentro de agua clara, como se hace para pescar, es un ejercicio saludable y el único específico que conoce para prevenir los accesos gotosos.» Williams alaba tambien los baños frios por inmersion tomados todos los dias, introduciendo primero la cabeza. Stoll aconseja que se hagan por la mañana en todo el cuerpo fricciones con una esponja empapada en agua fria, secando despues bien al enfermo, y aconsejándole que haga ejercicio. Compréndese que estos medios deben ser útiles para los gotosos, cuya constitucion se halle poco debilitada y que tengan una vida muelle y ociosa.

»En resumen, teniendo presente que las principales causas higiénicas que influyen en la produccion de la gota, son los escesos de la mesa, de los placeres del amor, el trabajo incesante de bufete, la inaccion del cuerpo y la disminucion ó supresion de los sudores, es fácil formular las prescriciones higiénicas propias para evitar el mal.

»B. *Tratamiento de los ataques.*—Se han propuesto ciertos remedios para prevenir los accesos de la gota. Los antiguos recomendaban el uso de la sangria. Celso dice, que practicándola en un hombre que empiece á sentir los dolores articulares, se le liberta de ellos para un año ó aun para toda la vida. Galeno ha visto algunos enfermos atacados ya tres á cuatro veces de gota, que consiguieron curarse sangrándose en la primavera. A las escarificaciones y aplicaciones de sanguijuelas, hechas con intervalos mas ó menos largos alrededor de las articulaciones, se les ha supuesto una utilidad preservativa incontestable. Se dice que los cauterios establecidos en las estremidades impiden la reaparicion de esta enfermedad en los que padecen gota inveterada.

»*Tratamiento racional de los ataques.*—Las principales indicaciones que se presentan desde luego, y que han debido llamar la atencion de los médicos de todos los tiempos y paises, consisten: 1.º en abreviar ó hacer que aborte el mal; 2.º en combatir los accidentes locales, como el dolor, el calor y la tumefaccion, etc., y 3.º en evitar su reaparicion. Pasaremos á enumerar los remedios que se han empleado mas generalmente con este objeto.

»*Tratamiento abortivo.*—Se ha procurado hacer abortar el ataque de gota por medio de aplicaciones muy frias. Hipócrates dice que se alivia el dolor derramando agua fria sobre las articulaciones, lo cual se halla igualmente confirmado por Galeno. Sanctorius, Martian y Barthez dicen que las afusiones frias son capaces de disipar los dolores gotosos. Viéndose Loubet sumamente afectado de podagra, sumergió sus pies en agua muy fria, y de esta suerte se curó. El ilustre Harvey nunca dejaba al presentarse el acceso, de meter su pierna en un cubo de agua bien fresca, con lo cual se disipaban los dolores. Heberden, que supo este hecho por los parientes del célebre fisiologo, añade, que aunque no debe imitarse esta conducta, lo cierto es que vivió hasta una edad muy avanzada. Floyer, Homberg, Pietsch y Marcard, preconizan mucho el uso del frio sobre las articulaciones. Giannini hace de este y la quina la base del tratamiento que considera como específico, y quiere que las inmersiones sean pasageras y momentáneas: «Apenas ha entrado el enfermo en el baño, mando que salga de él, prefiriendo recurrir á una segunda inmersion, igualmente momentánea, á prolongar demasiado la primera... Las inmersiones frias, cuyo objeto es combatir la hinchazon é inflamacion de las articulaciones, no solamente deberán ser cortas, sino tambien no muy frias, y menos en agua casi helada, como lo he visto practicar en un caso de gota...» Teme este médico con fundamento, que sobrevenga una reaccion demasiado viva, ó un abatimiento del que no pueda salir el enfermo (*De la goutte et du rhumatisme*, p. 101; en 12.º; París, 1810).

»Tambien se han administrado al interior las bebidas muy frias ó aun heladas. Van-der-Heyde, Vogel y Barthez, dicen haber obtenido de ellas buenos efectos. Sin embargo, el uso del frio *intus et extus*, se halla generalmente proscrito como peligroso, pues espone á metastasis funestas, impidiendo que los accidentes locales de la gota recorran sus diferentes fases. Admítanse ó no las teorías humorales que quieren que esta enfermedad pase por el estado de crudeza y de coccion antes de llegar á resolverse, no puede dejarse de reconocer, que impidiendo de una manera brusca la evolucion de los fenómenos morbosos, se altera profundamente la economía, y que si la constitucion no es muy fuerte, resultan entonces accidentes graves. En ningun caso puede preverse el éxito de una perturbacion, que aunque sea ciertamente capaz de destruir el mal en algunos instantes, tambien puede acarrear complicaciones funestas. Algunos médicos, aunque poco partidarios de la refrigeracion, permiten el uso de lociones frias ó de chorros moderados en las partes enfermas.

»Se han empleado diversas preparaciones farmacéuticas astringentes con objeto de hacer que abortasen los accidentes locales. Plinio refiere que Agrippa, atormentado por la gota, introdujo sus piernas en vinagre caliente, y fue atacado de una parálisis del movimiento y el sentimiento. La cataplasma de Riolano, formada con la harina de fenogreco, miel y vinagre, producia admirables efectos en el espacio de dos dias, si hemos de creer á su inventor; pero otros han reprobado su uso, lo mismo que el de los tópicos alcanforados, narcóticos, y el del emplasto de beleño. Sin razon se ha considerado como tratamiento perturbador el que consiste en administrar los vomitivos, el vino estibiado unido al acónito y al estracto de beleño (método de Vogel ó de los alemanes) ó bien mezclado con láudano, los polvos de Dower y

el remedio de Cadet de Vaux, que no es otra cosa que la ingestion de una cantidad enorme de agua caliente; pues se reduce á hacer que tome el enfermo este líquido en cantidad de cuarenta y ocho vasos, cada uno de 6 onzas poco mas ó menos, de cuarto en cuarto de hora. Diremos para terminar, que la mayor parte de estos medios son infieles ó peligrosos, y que es preferible arreglar el tratamiento segun las indicaciones que presente el enfermo.

»Es preciso recordar que existen en la gota dos elementos morbosos principales: uno general que no conocemos, y otro local que es efecto del primero, y que se manifiesta por fenómenos morbosos que podemos combatir ateniéndonos á reglas bastante precisas. Pero confesamos sin rebozo que con este tratamiento solo obramos contra la afeccion local, y que por lo tanto no debe esperarse contener con él los progresos de un mal, que solo atacamos en su superficie, y que por lo tanto ha de burlarse de todos nuestros esfuerzos.

»*Tratamiento local.*— Cualquiera que sea la naturaleza de la gota, es imposible desconocer en los fenómenos locales los signos de una flegmasia, á veces violenta, de las partes que constituyen la articulacion: la rubicundez viva, el aumento de temperatura, la hinchazon y el dolor intenso, etc., son síntomas evidentemente inflamatorios. Pero no se crea que esto constituya toda la enfermedad, y que la haremos cesar ó impediremos que se reproduzca en otras partes, combatiéndola en la articulacion donde se manifiesta; pues caeríamos entonces en la vana ilusion de que han participado todos los médicos que limitan su terapéutica á un tratamiento puramente local, imaginándose que asi combatian el principio de la gota; que es como si pretendiéramos curar las viruelas, el sarampion ó la fiebre tifoidea, combatiendo el exantema cutáneo ó intestinal.

»Se han aplicado sobre las articulaciones enfermas una multitud de tópicos, cuya composicion es muy distinta. Unos alaban los fomentos de aceite caliente, simple ó cargado de principios narcóticos, los cocimientos de plantas anodinas, como el beleño, la yerba mora, la belladona y la cicuta; otros, y son el mayor número, prescriben los fomentos emolientes ó las cataplasmas de la misma naturaleza bien rociadas con el láudano de Sidenham ó el de Rousseau. A Sidenham le probaba bien una cataplasma de miga de pan blanco cocido en leche, añadiéndole azafran y un poco de aceite rosado. La aplicacion reiterada de sanguijuelas sobre la parte ha sido aconsejada por Paulmier, Barthez, y especialmente por los partidarios de la doctrina de la irritacion, que consideran la eficacia de este medio como cosa probada y constante. El *remedio de Paulmier*, que llegó á hacerse tan célebre, no es mas que un tratamiento antiflogístico local. Prescribia este médico de veinte á treinta sanguijuelas y aun mas, por la primera vez, disminuyendo su número cuando los accidentes disminuian de intensidad. Digno es Paulmier de algun elogio por haber empleado con osadia las aplicaciones de sanguijuelas, y ordenado su uso. Ya Areteo y Celio Aureliano digeron, que estos insectos disipaban el dolor de las articulaciones. Muchos médicos de nuestra época han hecho un abuso estremado de las evacuaciones tópicas de sangre en el tratamiento de la gota. «La aplicacion de sanguijuelas, dice Roche, puede abreviar los ataques de la gota, y aun en ciertos casos hacerlos abortar» (artículo Artritis, *Diccionario de medicina y de cirugia prácticas*) Las emisiones sanguineas cerca de la articulacion pueden ser útiles, cuando la gota se halla localizada, y el individuo es pletórico y los síntomas inflamatorios muy pronunciados; pues alivian mucho á los enfermos y disminuyen la plétora venosa y las congestiones que se efectúan en el sitio afecto; pero no detienen el mal, haciendo únicamente que recorra sus fases con menor intension. Las cataplasmas emolientes, las lociones frias, y los fomentos oleosos y laudanizados, disminuyen el dolor y la incomodidad. Las sanguijuelas deben preferirse á las ventosas escarificadas, porque la accion de estas es mas dolorosa. Haremos observar que los tópicos emolientes, cuando se prolongan mucho tiempo, producen la ingurgitacion de los tejidos é infiltraciones serosas, por lo cual deben suspenderse hácia el fin del ataque, para reemplazarlos con los fomentos oleosos y laudanizados. Es raro que llegue á supurar el tumor inflamatorio cuando no hay formacion de tofos; sin embargo, sucede esto en algunos casos, y entonces es preciso abrir los pequeños abscesos que se han establecido. Ya indicaremos mas adelante los remedios que se han empleado para resolver las concreciones tofáceas que se manifiestan en la gota crónica.

»El *remedio de Pradier* consiste en aplicar sobre los miembros una gran cataplasma, rociada con un licor que se compone del modo siguiente: R. bálsamo de la Meca 6 dracmas; quina roja 1 onza; azafran 1/2 onza; salvia y zarzaparrilla 1 onza; alcohol rectificado 4 libras. Se disuelve por separado el bálsamo de la Meca en la tercera parte del alcohol; se maceran en el resto de este líquido las demas sustancias por espacio de cuarenta y ocho horas, y despues se filtran y unen ambos licores. Al ir á servirse de esta disolucion, se mezcla la tintura obtenida con dos ó tres tantos de agua de cal, y se procura agitar el líquido en el momento de usarle, para que se suspenda el precipitado que se forma. Tal es la receta que publicó Guilbert en su artículo (loc. cit., p. 190), habiéndola obtenido de la comision de remedios secretos. En algunas obras se le cita con varias modificaciones en la cantidad de las sustancias que le constituyen. Para servirse de este remedio, se empieza haciendo una gran cataplasma bastante consistente de harina de linaza, estendien-

do la masa en una servilleta, y dándole cerca de un dedo de espesor; ha de envolver ambas piernas cuando los dolores ocupen los dos pies y los tobillos. Despues de bien caliente la cataplasma, se derraman en su superficie 2 onzas del licor preparado, estendiéndole igualmente por toda ella, y luego se la aplica cubriendo todo el miembro. Comunmente no se la muda sino al cabo de veinticuatro horas. Sin detenernos á describir los efectos que produce, diremos únicamente que obra como tónico y escitante. Los síntomas locales adquieren casi siempre mayor intension con este remedio, y algunos enfermos se ven obligados á renunciar á él al cabo de pocos instantes. Los casos en que mas especialmente parece ser útil, son los de gota crónica, y nos hubiéramos reservado mencionarlo para cuando tratasemos de esta última, si no se le hubiera alabado en todas las formas del mal. Diremos en fin, que las curaciones que determina no son ni mas rápidas ni mas seguras, que las que producen los demas remedios (véase el informe de Halle sobre los efectos del remedio de Pradier, y el artículo citado de Guilbert, p. 190 y sig.).

»Tenemos tambien otro específico, preconizado en estos últimos tiempos por Turck, que aunque olvidado ya como merece, á fuer de historiadores, no podemos menos de mencionarlo en breves palabras. Consiste en hacer lociones sobre todo el cuerpo con una solucion de aluminato de sosa ó de potasa; cuya sal se prepara combinando la alúmina bien pura con una disolucion de potasa ó de sosa mas ó menos concentrada, en términos de obtener diversos grados de saturacion, y otros tantos licores marcados con los números 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Se toman 20 libras de una de estas disoluciones, y se disuelven en ella 10 onzas de goma arábiga y una yema de huevo, añadiendo 7 onzas de jarabe de azúcar y de trementina de Chio, y 8 onzas de alcohol á 36° (Baume), saturado de alcanfor. Se conserva en botellas bien tapadas, y cuando se quiere usar, se toma de una á tres cucharadas de este remedio; se calienta en el baño de maria echándolo en un recipiente de plata si el tiempo es frio, y se hacen con él lociones en todo el cuerpo simultánea ó sucesivamente, repitiéndolas de dos á diez veces al dia (*Traité de la goutte*, p. 418 y 433).

»*Tratamiento general. A. Emisiones sanguíneas.*—Sidenham, que trazó el tratamiento de la gota con una sagacidad que nadie ha podido esceder, dice que no convienen las pérdidas de sangre, ni para evitar un acceso cuya aparicion se tema, ni para disminuir la intension del que exista, sobre todo en las personas avanzadas en edad, habiendo obtenido solo de este medio alguna ventaja en los jóvenes que habian abusado de bebidas vinosas. Celso, Galeno y Barthez son partidarios de la sangria. Se ha citado muchas veces en favor de este medio lo que dice Hipócrates de los escitas, que para preservarse de las enfermedades articulares á que estaban generalmente sujetos, se hacian una abundante sangría detrás de las orejas. Esta cita, repetida muchas veces por los autores, es completamente inexacta; pues no dirigian este medio contra las enfermedades articulares, sino contra la impotencia, que era tan comun entre ellos. Es mas: añade Hipócrates que la sangria, lejos de ser útil, perjudica porque altera el licor seminal; pues si se cortan, dice, las venas que se hallan detras de las orejas, se priva de la facultad de engendrar á los que sufren esta operacion (*Tratado de los aires, aguas y lugares*, §. 22; véase la traduccion de Littre, t. II, p. 67). No tratamos de averiguar si el médico griego sostiene esta opinion con razon ó sin ella; solo hemos querido restablecer la exactitud de una cita viciosa, repetida como otras muchas por una especie de rutina.

»Mead, que como la mayor parte de los autores antiguos, considera el dolor y la tumefaccion como síntomas necesarios para espeler la materia morbífica, dice que cuando la fiebre es violenta y hay delirio y disnea, es preciso sangrar para disipar el dolor y preparar la salida de los humores (*De podagra*, p. 122, en *Opera omnia*, t. II, en 8.°; París, 1758). Van-Swieten ha comprendido perfectamente las principales indicaciones que hay que satisfacer (loc. cit., p. 303). Cuando la plétora es general, el individuo de un temperamento sanguíneo y de una constitucion fuerte, y los síntomas inflamatorios locales intensos, es indispensable la sangria general, y deberá repetirse si persisten los síntomas con la misma violencia; pero es un error creer que así se detiene el curso de la enfermedad, pues únicamente se consigue hacerlo mas moderado. Diremos con Boerhaave lo que tantos autores copian sin citarlo: «Vene sectionem non attingere mali materiam, »sedem, causam: prodesse tamen aliquando »casu, revellendo parum et vires urgentes mi»nuendo» (aph. 1270; loc. cit., p. 303).

»B. *Purgantes.*—Han sido preconizados por gran número de médicos (Alejandro de Tralles, Fernelio, Fed. Hoffmann, Scudamore y muchos autores ingleses). Ora los purgantes mas suaves, ora los mas violentos, como el aloes, la jalapa, la escamonea, etc., forman la base de las principales fórmulas que se han usado. Cullen prefiere aquellos que pueden mantener libre el vientre sin purgar mucho: tales son las sales alcalinas, las diversas preparaciones de aloes, el ruibarbo, la magnesia ó las flores de azufre (*Elem. de méd. prat.*, pág. 499, t. I, en 8.°; París, 1819). Scudamore administra los calomelanos unidos al estracto de coloquintida, al jabon medicinal y al polvo antimonial de James, muy usado en Inglaterra (compuesto de sulfuro de antimonio en polvo, y de asta de ciervo raspada, partes iguales, que se tuestan y calcinan, y constituyen, segun Bercelius, una mezcla de ácido antimonioso, fosfato de cal y antimonito de cal). Se favorece la accion de este

remedio con una pocion en que entren sales purgantes y el vinagre de colchico (ob. cit., p. 85).

«No deben desecharse menos que la sangria las evacuaciones por arriba ó por abajo,» dice Sidenham, apoyándose en las ideas humorales que tenia de la gota, y que han adoptado muchos autores. «Es una ley esencial é inviolable de la naturaleza, que el humor gotoso sea siempre espelido por las articulaciones; y los eméticos y los purgantes no producirán otro efecto que introducirlo en la sangre, de donde irá á fijarse tal vez en alguna víscera» (loc. cit., §. 829). Cualquiera que sea la interpretacion que se dé á los fenómenos de la gota, no podemos menos de ver en ellos la ejecucion de ciertos actos patológicos, que deben desarrollarse bajo la influencia de una causa desconocida. Ahora bien, si se llega á perturbar de una manera demasiado violenta la economia, debe temerse provocar accidentes mas funestos que la enfermedad, y entonces es cuando el uso de los purgantes no deja de ser peligroso, sobre todo si gozan de propiedades enérgicas; mas no por eso deben proscribirse absolutamente. Como el estreñimiento es un síntoma ordinario, debemos cuidar de combatirlo por medio de sustancias salinas ó de bebidas ligeramente laxantes, como el suero, el cocimiento de tamarindos y las infusiones amargas que tengan en disolucion una sal alcalina. Sidenham desecha enteramente todos los purgantes, aun los mas suaves. «He esperimentado tanto en otros como en mí propio, dice este médico, que los purgantes no han hecho mas que aumentar el mal en lugar de curarlo.»

»Los *eméticos* no estan jamás indicados en la gota simple; los *sudoríficos* han producido buenos efectos en manos de algunos médicos. Sidenham, cuyos conocimientos prácticos sobre la gota merecen la atencion de todo el mundo, pero que tiene el defecto de entrar en consideraciones demasiado sutiles sobre el principio morbífico de la enfermedad, no aprueba mucho el uso de los diaforéticos, porque dice que el provocar los sudores es un atributo de la naturaleza mas bien que del médico (loc. cit., §. 834). Este autor aconseja únicamente el uso de una tisana ligeramente sudorífica, que consiste en una infusion caliente de raiz de china, de zarzaparrilla, sasafras y anís. Boerhaave aconseja para provocar la traspiracion, tomar por espacio de tres meses todas las mañanas dos ó tres granos de sal volátil de asta de ciervo con un poco de agua y vino, ó bien de caldo, bebiendo encima un cocimiento de zarzaparrilla y de sasafras. Los diaforéticos mas usados son las infusiones calientes, en las que se echan algunas gotas de acetato amoniacal. Los ingleses alaban el antimonio administrado á cortas dosis, mezclado con opio ó con los calomelanos. Los polvos de Dower y los baños de vapor son útiles igualmente, cuando se juzga necesario activar la traspiracion.

»Tambien se han prodigado en esta enfermedad los amargos y los tónicos de todas especies. Aecio elogia un polvo compuesto de partes iguales de raiz de genciana, aristolóquia, bayas de laurel y mirra. Galeno recomienda las sumidades y semillas de la ruda, la aristolóquia, la centáura menor, el poleo y el peregil; prescribiendo una ó muchas de estas plantas. Los resultados de estos remedios y de la mayor parte de los que vamos á indicar, dependen sin duda, de que se han administrado á individuos cuyo tubo digestivo estaba débil ó afectado de neurosis ó de atonia, necesitando un ligero estímulo; mas no por eso ha de creerse que tengan propiedad alguna anti-gotosa.

»Los famosos *polvos del duque de Portland*, designados tambien en la farmacopea parisiense con el nombre de *pulvis arthriticus amarus*, que han tenido tanta boga, sobre todo en Inglaterra, son una composicion que se acerca mucho á la fórmula de Aecio, en la que entran la aristolóquia, la genciana, las sumidades de camedrios (*teucrium chamædrys*), y la centáura menor. Se empieza tomando 1 dracma del polvo formado con partes iguales de cada una de estas plantas, por la mañana en ayunas, por espacio de tres meses consecutivos; en los tres siguientes se toman 54 granos, y en los seis últimos 1|2 dracma; repitiendo despues por espacio de un año esta última dosis cada dos dias. Divididos estan los autores con respecto á la eficacia de este remedio: unos lo consideran como anti-gotoso por escelencia, y otros le atribuyen la muerte de todos los enfermos que lo han tomado; pero ni merece la admiracion, ni los temores de que ha sido objeto. Unicamente diremos, que como no puede ser de ninguna utilidad contra la afeccion en sí misma, y no sirve mas que para entonar los individuos debilitados, conviene no prescribirlo sino á título de corroborante, sin prolongar su uso demasiado tiempo; pues son preferibles los tónicos de que hablaremos mas adelante.

»Sidenham describe los buenos efectos de los tónicos; pero repetimos que únicamente sirven para reanimar las fuerzas abatidas, fortificar el individuo, disipar la gastralgia y los flujos diarréicos no inflamatorios que padecen las gotosos. Diremos en una palabra, que la necesidad de restablecer el tono, como decian los antiguos, pudo inducirles á prescribir los corroborantes en los numerosos casos en que la gota era crónica y complicada con diferentes alteraciones; lo cual nos obliga á tratar de ellos en el capítulo siguiente, donde hablaremos de estos remedios y de todos los demas anti-gotosos.

» *Tratamiento de la gota crónica: tratamiento local.*—En todos tiempos ha debido fijarse especialmente la atencion de los prácticos en las concreciones tofáceas y los medios de resolverlas. Estas concreciones hacen desesperar á los gotosos y á los médicos, que comunmente solo consiguen paliar una enfermedad

que ha producido alteraciones tan profundas.

»Cuando despues de los ataques de la gota no queda mas que una hinchazon edematosa, lo cual sucede con frecuencia y se reconoce en la trasparencia de los tejidos, y en que conservan la impresion del dedo, se hacen sobre las partes tumefactas fomentos de agua tibia ó de aceite caliente: es preciso abstenerse de aplicaciones emolientes, prefiriendo á estas los tópicos aromáticos en que entren los aceites de malaleuca, de manzanilla alcanforado, y de trementina: se aconsejan tambien en estas circunstancias el baño de aceite y de sal, la estufa, los vapores aromáticos de benjui, de enebro, las hojas de berza cocidas al fuego, la sal comun, etc.

»Hemos dicho que la tumefaccion depende muchas veces de la induracion de los tejidos fibrosos. Los tendones y los músculos se ponen rígidos, y cuando quiere el enfermo estenderlos, siente un dolor vivo y un crugido incómodo: las vainas en que reshalan los tendones y las membranas sinoviales, son tambien asiento de nudosidades cuya naturaleza dejamos ya indicada. Con frecuencia nos consultan los enfermos para libertarse de las molestias que traen consigo estas lesiones. Al uso de los tópicos antes indicados para resolver el edema, deben agregarse los remedios que vamos á enumerar, y que no se diferencian de los que se emplean diariamente para favorecer la reabsorcion de los tofos articulares. Tales son: las unturas hechas con las disoluciones alcalinas de bicarbonato de potasa y de sosa, los baños de vapor simple, sulfuroso ó aromático, los chorros de agua simple ó sulfurosa, ó los de agua fria, y los baños de mar, que deben emplearse con circunspeccion; las aguas minerales calientes, las de Vichy, de Cauterets y de los Pirineos, de Buxton y de Bath en Inglaterra, las fricciones secas, el amasamiento y las lociones jabonosas.

»Las sales alcalinas se preconizaban ya desde los tiempos mas antiguos. Aecio preparaba un licor salino con el nitro, y Alejandro de Tralles un cerato que contenia los principios activos de la disolucion alcalina que usaban los bataneros para desengrasar la lana. Hoffmann aconseja la tintura volátil de azufre, preparada con esta sustancia, cal viva y sal comun (*Medicina rationalis*, t. IV, §. 2, cap. XI). Los emplastos compuestos con alcanfor y jabon cocido (emplasto de Guerin), con las resinas, y particularmente los en que entran la trementina, el bálsamo del Perú, y el de Tolu, etc., son útiles para escitar un movimiento orgánico mas activo en los tejidos que rodean las articulaciones, y procurar la resolucion. Entre todos los agentes terapéuticos que dan mejores resultados en el tratamiento de las afecciones articulares procedentes de la gota, ninguno hay mas ventajoso que las lociones alcalinas con el bicarbonato de potasa y de sosa: las aguas termales de Vichy y las termales sulfurosas, gozan de una reputacion merecida. Sin embargo, debemos prevenir al lector contra los exagerados elogios que se han hecho de las aguas de Vichy, las que si hubiera de creerse á C. Petit, producirian casi de seguro la curacion (*Quelques considerations sur la nature de la goutte et sur son traitement par les eaux thermales de Vichy*; en 8.º, París, 1835). Brunelle, médico de estas aguas, declara por el contrario que no gozan de ninguna virtud anti-gotosa (*Rapport de l'Academie de médecine*, sesion del 31 de mayo 1840). Los numerosos tópicos que ha puesto en boga el charlatanismo, han sido especialmente empleados en la gota crónica. Gabriel Vilette ha publicado la receta de su solucion atractiva y calmante, preparada como sigue: R. Resina de guayaco en polvo y azafran del Gatinais, 2 onzas; agua de cal saturada (8 onzas de cal viva en 6 cuartillos de agua): se rocia una cataplasma muy caliente con este líquido, espolvoreándola despues con el azafran del Gatinais y la harina de mostaza (*Conseil aux goutteaux et aux rhumatisants*, p. 284 y sig., en 8.º; París, 1811). Las cataplasmas de Pradier obran escitando fuertemente las partes y tienen graves inconvenientes. Lo mismo sucede tambien con la tintura de Musgrave y con el *nardum unguentum*, formado de sustancias resinosas y aromáticas.

»Cuando los dolores articulares y la tumefaccion persisten con rebeldia, y parecen depender de un trabajo crónico de irritacion, aunque la causa interna que la produjo haya desaparecido, es preciso recurrir á medios enérgicos, practicando sobre la articulacion, y mejor todavia en las partes inmediatas, algunas escarificaciones, y aplicando despues sobre estas ventosas repetidas. Cuando disminuye el mal, los tegumentos se ponen flexibles y empiezan los miembros á presentarse sueltos, prestándose á los movimientos, deben emplearse algunos de los remedios anteriormente indicados, especialmente las aguas termales y las lociones calientes alcalinas: en estas circunstancias se halla tambien indicada la aplicacion de un vejigatorio, y nosotros la hemos visto producir buenos efectos en un caso poco menos que desesperado. Es preferible usarlo en forma volante, haciéndole recorrer todas las inmediaciones de la articulacion, hasta que disminuyan notablemente los fenómenos locales. Por último, en los casos apurados debe aplicarse un moxa: «Inustione cum lino utendum sæpe est.» Hipócrates aconseja emplearlo cuando hay dolor en los dedos: «Se quemerán, dice, las venas de los dedos un poco por encima de las articulaciones, sirviéndonos para esto del lino crudo.» En otra parte añade: «Cuando el dolor se fija en un punto cualquiera, y no puede calmarse con los remedios, deberá quemarse este punto con lino crudo.» Algunos recomiendan para esta operacion las hojas de artemisa con preferencia á las demas sustancias; pero puede asegurarse con Sidenham, que esto importa poco para el éxito del tratamiento. El

Hipócrates inglés concede poca eficacia al uso de este remedio, creyendo que alivia los dolores, pero que no disminuye la causa del mal. Efectivamente, el moxa debe considerarse tan solo como un medio local, útil para destruir los infartos, y que únicamente debe emplearse en las personas muy robustas que pueden oponer todavia cierta reaccion. En la gota crónica, fija ó irregular, puede ser útil el moxa haciendo menos ambulantes los fenómenos morbosos. Las fricciones irritantes, hechas con un cerato en el que entre el jugo de euforbio (Alejandro de Tralles), la aplicacion de la mostaza mezclada con el vinagre (el mismo autor), de la yerba del ranúnculo reducida á polvo, del aceite aromático de canela, la urticacion (Van-Swieten, loc. cit., p. 340), las fricciones hechas con el aceite de crotontiglio, con algunas gotas de bálsamo de azufre succinado, ó con la pomada estibiada, y en una palabra, todos los agentes capaces de producir una irritacion viva, contínua ó pasagera en la piel, pueden emplearse para curar las alteraciones crónicas antiguas de las articulaciones. Estos medios nos parecen mas infieles que el vejigatorio, el moxa y los demas que ya hemos enumerado, y su accion por otra parte mas dificil de determinar.

»Se ha procurado disolver las concreciones gotosas con el aceite esencial de trementina y con los álcalis. Tambien se ha propuesto recurrir á la operacion indicada por Musgrave con objeto de dar salida á la materia salina que forma los tumores gotosos, cuando hay motivo para sospechar que se halla en estado líquido ó semi-líquido; operacion que consiste en hacer la succion del derrame por medio de un instrumento apropiado. Guilbert aconseja que se penetre en el tumor con un trócar pequeño, haciendo en seguida inyecciones para reblandecer la sustancia tofácea. Cuando se tiene certidumbre de que se halla semi-líquido el depósito salino, y la piel esta roja y adelgazada, es preferible hacer una incision que permita salir á la materia libremente: esta por otra parte se halla á menudo mezclada con pus, al que tambien es útil dar salida. La concrecion puede reblandecerse por medio de fomentos, ó bien estraerse con las pinzas cuando se ha separado ya de su asiento primitivo. Se observa algunas veces que la misma naturaleza trabaja activamente para efectuar esta eliminacion, en cuyo caso se ulcera la piel, y el urato de sosa y de cal puestos en descubierto salen por la abertura que se ha formado, juntamente con la serosidad que los rodea. Pye, médico inglés, dice que ha visto resolverse una concrecion gotosa, verificándose al través de la piel una trasudacion de la sustancia salina; pero esta asercion debe inspirarnos mucha desconfianza.

»*Tratamiento general de la gota crónica.*— En este se incluyen la mayor parte de los remedios que se han preconizado como anti-gotosos, y que estudiaremos en este capítulo, porque se los ha empleado mas especialmente contra la gota crónica, que para combatir la aguda. Seria de desear que pudieran emplearse á la vez el tratamiento local, que no es mas que paliativo, y el general ó curativo de la gota; pero como este no se conoce aun, no puede el médico hacer mas que disipar los accidentes locales, y prescribir despues las reglas higiénicas para evitar nuevos ataques. Sea de esto lo que quiera, examinaremos todos los medicamentos que se consideran como anti-gotosos. Pocas enfermedades habrá en que se hayan prodigado mas remedios de todas clases: unos, dice Luciano, se purgan con la hicra picra; otros creen hallar un remedio en el nido de golondrina....; estos toman los medicamentos en número de cuatro, aquellos en número de ocho, y la mayor parte en el de siete.... Pudieramos copiar de las obras publicadas sobre la gota otras muchas fórmulas no menos ridículas que estas; pero no queremos molestar al lector con la enumeracion de la multitud de drogas que se han alabado.

»Ya hemos dicho que los tónicos convienen especialmente en la gota crónica cuando la constitucion se halla deteriorada. Con este objeto se han propuesto las infusiones de las plantas escitantes, y particularmente las que corresponden á la familia de las crucíferas, tales como los berros, el trébol acuático, la coclearia y el rábano rusticano; ó bien aquellas en que el principio amargo está unido á otro escitante, como las raices de angélica y de énula campana, la imperatoria, los ajenjos, la salvia y los camedrios.

»Todas estas plantas se hallan reunidas en un electuario compuesto por Sidenham, que se servia de él con una predileccion notable: R. raices de angélica, de caña aromática, de imperatoria, de énula campana; hojas de agenjos, de centáura menor, marrubio blanco, camedrios, camepiteos, escordio, calaminta comun, matricaria, saxifraga de los prados, hipericon, virga aúrea, serpol, menta, salvia, ruda, cardo santo, poleo, lombriguera; flores de manzanilla, tanaceto, lirio de los valles y azafran; simientes de mostaza silvestre, de coclearia de los jardines, de alcaravea y bayas de enebro, de cada cosa cantidad suficiente. Se toman 6 onzas de cada una de estas plantas, se mezcla todo con suficiente cantidad de miel buena y de vino de Canarias, para hacer un electuario de consistencia conveniente, del cual se administra 2 dracmas por mañana y tarde.

»Hay otro electuario menos complicado, que puede usarse con utilidad en mas de un caso, y cuya fórmula es la siguiente: R. conserva de coclearia 1 y 1|2 onza; agenjo romano y corteza de naranja 1 onza; raiz de angélica en dulce y nuez moscada, de cada cosa 1|2 onza. Hágase con jarabe de naranja un electuario, del que tomará el enfermo 2 dracmas por mañana y tarde, bebiendo encima cinco ó seis cucharadas de un líquido preparado de la manera siguiente: R. raiz de rábano rusticano cor-

tada en pedacitos, 3 onzas: hojas de coclearia 12 puñados; berros, becabunga, salvia y menta aa. 4 onzas: la corteza de seis naranjas, dos nueces moscadas que deben triturarse, y doce cuartillos de cerveza fuerte, que se reduce á la mitad por la destilacion. Hemos citado la composicion de estos dos electuarios, porque da una idea muy exacta de las plantas y demas sustancias que se han empleado en todos tiempos y paises con cortas variaciones. Combinando estas plantas y cambiando la forma de administrarlas, obtendriamos una multitud de compuestos, que todos ellos han pasado por específicos anti-gotosos. Nos creemos, pues, dispensados de referirlos, haciendo únicamente notar, que los electuarios y el líquido compuesto por Sidenham, los prescribe este médico para fortificar el individuo, y no para combatir la gota; siendo preciso reconocer que el último electuario debe gozar en efecto de esta propiedad. No hay duda que puede censurarse la multiplicidad de sustancias que figuran en la mayor parte de las composiciones farmacéuticas que nos han trasmitido nuestros predecesores; pero sin embargo, hay algunas, y entre otras el segundo electuario de Sidenham, que merecen la confianza de los prácticos.

»Se ha elogiado tambien en los casos de gota en que es preciso entonar, la triaca, la genciana, la conserva de romero mezclada con vino (Boerhaave), la simaruba, la tintura de diversas especies amargas que se ha llamado *elixirium antipodagricum*, las preparaciones ferruginosas, las aguas minerales de Spa, de Pyrmont, de Pougues, y la quina, que forma la base del famoso *remedio de Held*.

»*Remedio de Held*.—Held propuso en 1714 la quina como un específico de la gota (disertacion que tenia por título: *Ecorce du Perou, remede anti-goutteux sans pareil*; en *Ephémérides des curieux de la nature*, cent. 3 y 4), preconizándola en altas dosis: el dolor y la tumefaccion desaparecen, dice este médico, sin necesidad de tópicos, y disminuye mucho la fiebre, cesando en seguida enteramente. A pesar del título que dió Held á su trabajo, condecorando á la corteza del Perú con el nombre de remedio divino (*in podagra divinum remedium*), se la tuvo olvidada mucho tiempo.

»Si ha de creerse á Smoll, médico inglés, un boticario de Lóndres, llamado Bernardo Bayne, fué despues de Held el primero que empleó la quina en la curacion de la gota (1777): cuando se veia atacado por ella, tomaba en forma de bolos tanta quina cuanta pudiera soportar su estómago. Ya Sidenham y Van-Swieten habian presentido los servicios que podia prestar este agente terapéutico. Se han comparado los accesos de gota á los de las fiebres intermitentes, y esta analogia es la que ha podido inducir al uso de tal medicamento. Dos médicos españoles, llamados Lemnos y Tavares, supieron por indicacion de un barbero, que la quina curaba casi súbitamente la gota, haciendo que á su administracion precediese la de un purgante; y dicen haberla empleado con muy buen éxito administrándola á la dosis de 2 onzas al dia (2 dracmas cada hora) (Tavares, *Observaciones y reflexiones sobre el uso saludable de la quina en el tratamiento de la gota*; Lisboa, 1802). Alfonso Leroy usaba este medicamento, combinándolo con el método de Paulmier, y prescribia sanguijuelas en las articulaciones enfermas (*Manuel des goutteux*, 2.ª edicion, aumentada con la traduccion de la obra de Tavares; en 8.°, París, 1805). Giannini asociaba la quina á las afusiones frias de que ya hemos hablado, y hace de ella los mismos elogios que los demas médicos que hemos enumerado, diciendo que abrevia la duracion del mal y lo cura radicalmente (ob. cit., p. 80 y sig.). Debemos advertir que la esperiencia no ha confirmado de ningun modo las brillantes esperanzas que se habian fundado en este remedio; de modo que los que quieran hacer uso de él, se verán precisados á esperimentarlo de nuevo. Puede ser útil en todos los casos en que se hallen indicados los corroborantes, y asi se esplican los buenos efectos de la quina y de otros muchos remedios que se han usado en la curacion de la gota. Componiéndose esta enfermedad, como ya hemos dicho, de muchos elementos morbosos y de complicaciones bastante variadas, pueden estas curarse muy bien por un remedio tal como la quina. Esta observacion que hacemos sobre la corteza del Perú y los demas tónicos, es aplicable á los restantes remedios, y conviene no perderla de vista.

»El dolor, el insomnio, y el estado de escitacion en que se encuentran los enfermos, exigen el uso de los narcóticos; entre los que suelen administrarse el láudano, el opio, el tridáceo y el estramonio, asociados á las aguas aromáticas ó tónicas.

»Los médicos ingleses tienen en mucha estima el medicamento conocido con el nombre de *lancastricana* ó *gotas negras*, que consiste en una preparacion concentrada de opio, obtenida por ebullicion, y digerida en un ácido vegetal. Hé aquí la fórmula que da Scudamore, tal como le fue comunicada por uno de los herederos de Edward Tonstall, que fue el primero que preparó las gotas negras: R. opio cortado en rebanadas 8 onzas; agraz bueno 6 cuartillos, nuez moscada 1 y 1/2 onza; azafran 1/2 onza: hágase hervir hasta la consistencia conveniente y añádase un cuarteron de azúcar y dos cucharadas de levadura. Se pone todo por espacio de dos meses cerca del fuego, y despues al aire, hasta que se convierta en jarabe; se decanta, se filtra y se embotella añadiéndole azúcar. Esta preparacion es mucho mas activa que la tintura ordinaria de opio. Tambien se han considerado como específicos anti-gotosos la belladona, la cicuta y el acónito (los últimos á la dosis de 4 á 20 granos). Van-Swieten, Quarin y Barthez, elogian mucho este último medicamento.

»Se ha preconizado tambien la tintura vinosa y etérea de colchico, que Everard Home recomienda como un específico, llegando á decir que es contra la gota lo que el mercurio contra la sifilis; pero destruyen semejante asercion los esperimentos de su compatriota Scudamore, y el testimonio de todos los médicos que la han ensayado. Débense colocar igualmente entre los remedios muy inciertos las tinturas de eléboro y de opio, de elaterio y la tebáica usadas con frecuencia por los ingleses, entre los cuales hay prácticos distinguidos que tienen mucha confianza en tales agentes. Scudamore sostiene que es inmerecida la boga de que han gozado, y cree igualmente ineficaces las *tinturas de Wilson y de Reynold*, y el *agua medicinal de Husson*, cuya composicion es desconocida (Scudamore, ob. cit., p. 191 y sig.). Se ha creido que el agua de Husson no era otra cosa que la tintura de colchico autumnal; pero no todos opinan de este modo. Scudamore dice de los remedios precedentes «que ejercen en algunos casos una influencia muy pronta sobre los síntomas locales, pero que se hallan tan lejos de destruir la causa de la gota, que dejan en la economia una disposicion mucho mayor; y que si bien es cierto que disminuyen la aptitud á padecer ataques inflamatorios violentos, conducen á una enfermedad mas fatal y constante todavia, que es la gota crónica» (ob. cit., página 197). El estracto de colchico, con el nombre de *hermodactilo*, entra en la composicion de gran número de remedios que los antiguos consideraban como anti-gotosos.

»*Purgantes y eméticos.*—Hasta aquí solo hemos dicho algunas palabras de los agentes terapéuticos que se han dirigido mas especialmente contra la gota aguda, y nos falta mencionar ahora los que se han empleado en la crónica. Los antiguos aconsejaban de una manera general los purgantes y los eméticos en los ataques de gota irregularmente prolongada: administraban primero un vomitivo, y en el período de fluxion de la gota, un purgante. Lister prescribia con el mejor éxito un emético todos los meses. Sidenham, que es poco partidario de los purgantes, aconseja el uso de los minorativos, administrando en seguida el láudano cuando el ataque de gota se complica con hematuria. Los purgantes que deben preferirse á todos los demas son: las sustancias amargas, el ruibarbo y el aloes, á los que se agregan las sales alcalinas. Los calomelanos á dosis cuotidianas se usan mucho en Inglaterra, y se administran con una sustancia amarga y purgante. El maná, la pulpa de caña fistula y el sen, se propinan tambien con frecuencia.

»Generalmente se consideran útiles los *diaforéticos* en los ataques prolongados de gota. Entre los remedios que se emplean con este título, deben mencionarse las flores de azufre combinadas en un cocimiento de bebidas sudoríficas, con el azufre dorado de antimonio, el opio, etc.; el carbonato y el acetato de amoniaco (espíritu de asta de ciervo), la tintura de castórco, el cocimiento de la raiz de enebro, etc. A nuestro parecer solo estan indicados los sudoríficos: 1.º en los casos en que pueda administrarse que el estado gotoso se halla sostenido, si no causado, por la influencia del frio húmedo, y estan debilitadas las funciones de la piel; y 2.º en los individuos de una constitucion floja é impregnada de fluidos, que padecen flujos mucosos ó estan dispuestos á tenerlos. Barthez dice, que convienen particularmente á los gotosos cuyo hábito esterior es caquéctico y pastoso (ob. cit., t. I, p. 143); pero nosotros creemos por el contrario, que deben proscribirse cuando la constitucion se halla deteriorada, anemiada por la gota ó por una enfermedad que complique á esta última, en cuyo caso estan mejor indicados los tónicos y los amargos. Los antiguos empleaban alternativamente los purgantes y los sudoríficos para remediar los ataques antiguos de gota; y nos parece que esta práctica tiene grandes ventajas en una enfermedad en que conviene atraer hácia una de las grandes superficies de relacion los movimientos morbosos que se efectúan incesantemente en las articulaciones.

»Se ha ensayado tambien obrar sobre la secrecion urinaria. Galeno recomienda á los gotosos el cocimiento de la raiz de peregil en vino. Foresto observó una curacion producida con el cocimiento de raiz de bardana en cerveza. Los diuréticos mas usados son: el nitrato de potasa y los cocimientos de parietaria, dulcamara, bardana, yemas de abeto, de contrayerba, pareira brava, etc.

»*Indicaciones terapéuticas.* — En vista de esta multitud de medicamentos, fácil es concebir cuál será la perplejidad del práctico. Adoptará los tónicos, los diaforéticos ó los purgantes? Intentará la administracion de los llamados específicos? Empero meditándolo bien y procediendo con la debida madurez, no nos parece tan dificil elegir una medicacion. Es preciso tener presente, que á no ensayar de nuevo todos los específicos, cuyo camino está lleno de incertidumbre y aun de peligros, no puede hacerse otra cosa mejor que basar la terapéutica en algunas indicaciones, que son las mismas que dejamos espuestas respecto de la gota aguda.

»1.º Deberáse ante todo investigar el estado de las articulaciones y de los tejidos circunyacentes, examinando si son susceptibles de curacion. Generalmente hablando, mientras se halla en buen estado la constitucion del individuo, la naturaleza secunda poderosamente el tratamiento local, y estas dos influencias saludables pueden proporcionar una curacion inesperada. Las retracciones musculares considerables, los tumores tofáceos, las induraciones fibrosas y los hidrartros de las membranas sinoviales, ceden algunas veces al uso de los tópicos que dejamos indicados, y cuya energia y duracion deberá ser proporcionada á la anti-

güedad de los desórdenes locales, á su estension é intensidad, y á las fuerzas del paciente. El mal estado de la constitucion hace muchas veces incurable la enfermedad.

»2.º Es preciso al mismo tiempo satisfacer otra segunda indicacion, que consiste en esplorar atentamente las vísceras interiores, para asegurarse de que estan sanas. Las alteraciones simpáticas del estómago y de los intestinos, la debilidad, y los desórdenes nerviosos vagos, que son tan frecuentes en la gota crónica, que apenas pueden contarse entre las complicaciones, deben combatirse, unos por los tónicos y los corroborantes ó difusivos, y otros por los narcóticos, purgantes ó diuréticos.

»Instruido el práctico de todas las condiciones morbosas que pueden presentarse en el curso de la gota, podra tratarlas con mejor éxito, y la enfermedad, reducida á sus elementos, se curará por sí misma ó empleando algunos ayudantes.

»3.º Diremos en fin, que si el enfermo no sigue con rigor todas las reglas de una higiene severa, y no trata de evitar las influencias perjudiciales que hemos estudiado detenidamente al principio de este artículo, es inútil que acuda á la medicina, y no podrá esperar una curacion duradera (véase las dos preciosas disertaciones de Fed. Hoffmann sobre esta materia: *De genuino et simplicissimo doloris podagrici remedio*; *De cura doloris podagrici præservatoria*, ya citada en *Op. omn.*, supl. III, p. 173-180, en fól.; Ginebra, 1783).

»*Gota interna.*—Ya hemos dicho lo que debia entenderse por esta palabra, y cuál es la verdadera naturaleza de la gota visceral; y por lo tanto lo que vamos á añadir relativamente al tratamiento es muy sencillo, y no tenemos que hacernos cargo de las prescripciones contradictorias que han oscurecido demasiado tiempo la terapéutica. Primeramente estableceremos, que sea cualquiera el órgano en que se manifiesten los fenómenos morbosos, es preciso ante todo emplear el tratamiento ordinario de la enfermedad: la apoplegia, la neumonia, la pleuresia y la ascitis, deberán combatirse absolutamente lo mismo que si el individuo no fuera gotoso. Sidenham quiere que se obre en la neumonia gotosa lo mismo que en la simple, y que se sangre al enfermo, haciendo tambien observar que la sangre es entonces enteramente semejante á la de los pleuríticos (loc. cit., §. 871). Musgrave refiere á un principio universal todos los tratamientos de la gota interna. Dice que la indicacion general debe ser desembarazar cuanto antes y con la mayor seguridad posible de la materia gotosa al órgano interno en que reside, espeliendo una parte de ella fuera de la economia por medio de evacuaciones convenientes, y ayudando á la naturaleza á encaminar el resto á las articulaciones. Para conseguir este resultado, que le habian sugerido las ideas humorales generalmente admitidas, se valia de remedios internos y esternos. Los primeros consistian en escitantes, tónicos y marciales, destinados á producir una fiebre artificial; y los segundos en tópicos irritantes, que se colocaban en las estremidades y en las partes que habian sido asiento de la gota antes que hubiera retrocedido (*De arthritide anomala*, ya cit., cap. I, número XII).

»Barthez, que es uno de los modernos que han estudiado mas cuidadosamente la gota interna, establece muchas indicaciones. Dice que cuando ha retrocedido hácia las vísceras por una impresion de frio ó por la accion de los astringentes ó de los narcóticos, se evita el peligro de la fluxion inmoderada por medio de los revulsivos: todos los autores se hallan de acuerdo sobre las ventajas de esta revulsion. En seguida quiere que se procure entonar por medio de los cordiales; y si hay debilidad general, que se continúe mucho tiempo el uso de los tónicos, agregándoles tambien los estomacales amargos y aromáticos (ob. cit., t. II, página 198 y sig.).

»Una vez declarada la enfermedad interior que se llama *gota interna*, se la deberá combatir únicamente con las medicaciones ordinarias? Sin decidir si es realmente la causa desconocida de la gota la que determina los fenómenos morbosos del cerebro ó de la pleura, por ejemplo, preciso es confesar, que el desarrollo de la apoplegia ó de la pleuresia en un gotoso presenta algunas indicaciones particulares. Asi pues, debe conocerse que el tratamiento varia en algun modo, siendo preciso modificarlo segun muchas circunstancias. Si el individuo es pletórico y los síntomas locales de la gota inflamatorios, no debe vacilarse en hacer una sangria abundante; pero si se ve que sobreviene pronto la debilidad, ó bien cuando ya existe en un individuo afectado de gota asténica, es mas prudente valerse de otras medicaciones: en tal caso los revulsivos y los purgantes obran, generalmente hablando, mejor que los demas remedios.

»La segunda indicacion que se debe satisfacer, procurando hacerlo al mismo tiempo que la primera, consiste en establecer una fuerte revulsion sobre el punto primitivo de la gota, ó en las partes que anteriormente estaban enfermas. Las ventosas escarificadas, las sanguijuelas y la sangria del pie, procurarán una revulsion espoliativa, que es indispensable en las personas fuertes; y esta clase de medios deben preferirse á todos los demas cuando la enfermedad exige una emision sanguínea. Los tópicos irritantes que se emplean para satisfacer la segunda indicacion, son las fricciones fuertes en las rodillas y pies, hechas con una franela empapada en espíritu de vino ó en hidroclorato de amoniaco, el calor, los baños de pies con agua salada, alcalinos ó sinapizados con el ácido hidroclórico, los vejigatorios y el moxa. Estos dos últimos agentes terapéuticos son útiles cuando se quiere establecer una revulsion

larga, contínua y enérgica, para disipar los accidentes internos que se atribuyen á una gota retrocedida, ó bien para evitar la reproduccion de esta dolencia.

»Para formular convenientemente el tratamiento de la gota interna, conviene averiguar si han existido dolores gotosos en algun punto; pues en ciertos casos no ha tenido este primer asiento el dolor, y entonces se dice que la gota interna es primitiva y mal situada: la diatesis gotosa, que casi siempre se manifiesta por uno ó muchos signos, nos suministra en tales circunstancias datos preciosos. Si la gota interna es retrocedida, será fácil conocerlo interrogando al enfermo, y porque ademas siempre quedan en el sitio primitivamente afectado algunos vestigios de la enfermedad. Estas nociones generales son las únicas que podemos indicar; pero con ellas tendrá bastante el práctico que quiera meditarlas, para guiarse en los casos difíciles. Hemos leido atentamente cuanto dicen Musgrave y Barthez sobre esta materia, y nada satisfactorio hemos encontrado; pues todo es vago, todo se halla oscurecido por ideas teóricas ó raciocinios propios de los autores.

»*Gota complicada.*—La gota aguda puede complicarse con diferentes afecciones internas. Lo que hemos dicho del tratamiento de la gota interna, se aplica rigurosamente al de la complicada. Es preciso ante todo combatir la enfermedad visceral, que amenaza mucho mas inmediatamente los dias del enfermo que la misma gota. Es evidente que una apoplegia, una angina tonsilar y faríngea, ó un catarro pulmonal, reclaman el tratamiento que les corresponde; y solo conviene no olvidar que existe otro elemento morboso agregado al primero, que obliga á modificar el tratamiento. En general los autores aconsejan recurrir á las medicaciones que obran sobre las funciones de la piel y del tubo digestivo (purgantes, diaforéticos, revulsivos); pero si la enfermedad es inflamatoria, lo primero que debe hacerse es practicar una ó muchas sangrias, ó bien estraer sangre por medio de sanguijuelas ó escarificaciones.

»Mas dificultades ofrece el tratamiento en la gota crónica complicada. Muchas veces, en efecto, no estan bien determinados los accidentes relativamente á su asiento y naturaleza; predominan los síntomas nerviosos y el desórden de los órganos digestivos, pero no se sabe como combatirlos; pues si se administra los tónicos, fatigan el estómago, provocan la diarrea y esceden el grado de estimulacion que se quiere producir; y si se creen indicados los narcóticos á causa de los dolores y del eretismo nervioso en que se halla sumido el enfermo, prescribiendo el opio, las *gotas negras*, el láudano ó cualquier otro anodino, debilitan el tono del estómago, y aumentan la dificultad de las digestiones. No obstante, procuraremos establecer las principales indicaciones terapéuticas, é indicar el modo de satisfacerlas.

»La disnea y los síntomas de gastro-enteralgia deben tratarse con los tónicos unidos á los narcóticos: todos los médicos han obtenido grandes ventajas del uso de la quina, de los amargos y ferruginosos asociados al opio. Los electuarios compuestos por Sidenham nos suministran una idea esacta de la naturaleza de las sustancias que se hallan indicadas en semejantes casos. La triaca es útil especialmente cuando los dolores intestinales van acompañados de dolores y tumefaccion gástricas, y de una produccion considerable de gases (véase *Gastro-enteralgia*). La gota atónica del estómago, la retrocedida, mal situada, de que tanto se ocupan los autores, y contra la cual han inventado tantas fórmulas complicadas, es un conjunto de fenómenos morbosos, cuya naturaleza es muy dificil determinar. Muchas veces se los puede referir á una neurosis; pero es preciso confesar que esta palabra sirve en gran número de casos para cubrir nuestra ignorancia. Las aguas termales, sulfurosas, ferruginosas y alcalinas, se hallan indicadas en los enfermos que padecen los accidentes complejos que acabamos de referir.

»Ya hemos dicho que el mal de piedra es una complicacion tan frecuente de la enfermedad, que ciertos autores han llegado á considerarla como una dependencia de la gota no menos esencial que las concreciones tofáceas. Esta opinion es verdadera en gran número de casos, y en su consecuencia se ha recomendado las disoluciones alcalinas, los bicarbonatos de sosa, de potasa y el agua de cal; siendo preferible que los enfermos vayan á beber estas aguas á los manantiales que las suministran. No mencionaremos otra multitud de remedios de que hablan las obras antiguas y modernas; porque es imposible sacar nada útil de esta aglomeracion confusa é incoherente de fórmulas y medicaciones dictadas por el charlatanismo y por ideas especulativas.

»Naturaleza de la gota.—La opinion que mas generalmente ha reinado es, que la gota resulta de una materia morbífica, que se dirige á las articulaciones y aun á otros órganos y produce los fenómenos de la enfermedad. Hipócrates considera la bilis y la pituita como la causa esencial de la gota; segun él, estos dos humores se ponen en movimiento, depositándose en las articulaciones.

»Galeno adopta esta doctrina humoral y hace de ella la base de su teoria. En su concepto la gota blanca, edematosa, fria, es efecto del humor pituitoso, y la aguda, inflamatoria, es producida por la bilis. La causa próxima de esta enfermedad no consiste tanto en la alteracion de los humores, como en la superabundancia de los mismos. Oribasio, Aecio, Pablo de Egina, Celio Aureliano y Alejandro de Tralles sostuvieron el sistema de Galeno modificando algunas ideas.

»El triunfo de las doctrinas químicas en la época en que Paracelso enseñaba con tanto esplendor, debió contribuir á que prevalecieran

las teorias humorales. Este médico, que tuvo el mérito de reconocer la existencia de la sinovia, atribuye la gota á su acrimonia, la cual dice es tal, que puede irritar las partes inmediatas de las articulaciones, y producir los dolores vivos que esperimentan los enfermos. Es indudable que hay mas de un error en esta teoria; pero no por eso deja de ser un adelanto en el estudio de la gota. Sennerto la creia ocasionada por la fermentacion de la sinovia. Pietsch opina que la causa general de la gota es el humor espermático mal preparado por los órganos de la generacion, é introducido en la sangre.

»Fernelio sostiene, que la gota es determinada por un humor pituitoso ténue que fluye de la cabeza y se estiende por las articulaciones: «No son, dice este autor, el cerebro ni sus ventrículos el punto de partida de este humor, sino las partes esternas de la cabeza: «Extra »calvam positæ origo sunt arthritidis; è quibus »supervacaneus humor per summa corporis »sub cute deorsum decurrit» (*Patholog.*, libro VI, cap. XVIII). Riverio quiere que haya en esta enfermedad alteracion de la sangre, debida á una sal ácida y corrosiva, desarrollada primitivamente en este liquido, y que separándose de él se difunde por las venas linfáticas, y les dá las cualidades irritantes de que son efecto los dolores y demas síntomas.

»En pos de estas hipótesis debemos colocar otras mas célebres imaginadas por Herissant y Berthollet. Creyó el primero, despues de una série de esperimentos, muy curiosos en verdad para su tiempo, que la composicion de los huesos, de las concreciones gotosas, y de los sedimentos de la orina era idéntica, hallándose constituidos por el fosfato de cal. De aqui deduce, que la materia artrítica se separa de los huesos, y marchando por diferentes vias del cuerpo, produce los síntomas indicados (*Mémoires de l'Academie des sciences*, 1758). Hundertmarck admite esta misma teoria (*De urina cretacea* en *Opuscules de médecine pratique* por Baldinger, t. VI). No tenemos necesidad de decir que es enteramente falsa; pues ya hemos demostrado que las concreciones gotosas estan formadas por el urato de sosa y de cal, y muy rara vez por el fosfato de cal, y el sedimento urinario por el ácido úrico y los uratos.

»Numerosos esperimentos convencieron á Berthollet de que el ácido fosfórico, combinado siempre en esceso con la cal, se hallaba comunmente en cantidad menor en la orina de las personas sujetas á la gota y al reumatismo, pero se aumentaba en ellas al aproximarse los accesos, y mientras continuaban estos, conteniendo entonces la orina de los gotosos una proporcion igual á la que se observa en los individuos sanos y robustos (*Journal de phisique*, abril y junio, 1776). Este médico atribuye el paroxismo de la gota al esceso del ácido fosfórico, y pregunta si no será este ácido, retenido en la sangre por falta de accion de los riñones, el principio de que tanto se ha hablado en las teorias. A su parecer el acceso de gota es una crisis, un esfuerzo de la naturaleza, para espeler el esceso de ácido fosfórico acumulado en la sangre, el cual se elimina en parte por la orina y en parte por la traspiracion: este ácido, segun él, procede de la tierra de los huesos. Hasta se ha llegado á comparar estos fenómenos de la inflamacion gotosa con los de la combustion fosfórica. Pero la materia de las concreciones, y la superabundancia de ácido úrico en las orinas, asi como la frecuente formacion de cálculos, prueban que el problema es mucho mas complicado de lo que creia Berthollet, y que es preciso apelar á una alteracion primitiva de la sangre.

»Alfonso Leroy opina «que la gota depende principalmente de un desórden en la secrecion de la tierra calcárea de la economia, y con especialidad de su esceso. El ácido es espelido, y se precipita la tierra que estaba unida á él» (*Manuel des goutteux*). Esta teoria, que ha obtenido alguna boga, no es sin embargo mas admisible que las hipótesis anteriormente enunciadas. Aun suponiendo que realmente existiese la superabundancia del ácido fosfórico, de las sales calcáreas ó de cualquiera otra sustancia, y que fuera la causa de la gota, aun asi nos faltaria determinar si dependia de una alteracion de la sangre, y cuál era la naturaleza de esta alteracion.

»Se ha hablado de acrimonia de los humores, que es lo mismo que no decir nada. Jouenne y Mariano de Saint-Ursin, en la traduccion de la obra de Giannini, creyeron haber hecho un descubrimiento admirable distinguiendo una gota ácida y otra alcalina: la primera está, segun ellos, caracterizada por un esceso de ácido fosfórico y por la propiedad que tiene la orina de enrojecer el papel azul de tornasol, y la segunda por la superabundancia del carbonato de cal y la coloracion azul del papel enrojecido por un ácido (ob. cit. de Giannini, p. 132). Nada hay en esta hipótesis que esplique la produccion de la gota, y ademas añadiremos que es falsa en todos sus puntos, pues no existen gotas ácidas ó alcalinas: las orinas son siempre ácidas; y cuando aparecen alcalinas, es porque hace ya algun tiempo que las ha escretado el enfermo y se han alterado por la fermentacion, ó bien porque existe alguna enfermedad en los riñones ó en la vejiga.

»Referidas ya las diferentes opiniones que atribuyen el principal papel á la alteracion de los humores considerada como causa de la gota, bueno será esponer las objeciones que hace Cullen á estas teorias: 1.° segun este médico, «ningun esperimento directo prueba que se halle alterada la sangre ó los demas humores del cuerpo,» lo cual es completamente cierto. 2.° «La mayor parte de las hipótesis se hallan tan poco conformes con los conocimientos químicos y las leyes de la economia animal, que se las debe desechar enteramente;» esta proposicion aun en la actualidad conserva toda su

fuerza. 3.º «Suponiendo que una materia morbífica sea la causa de la gota, es imposible esplicar los fenómenos de la enfermedad, sobre todo las metastasis frecuentes y súbitas de una parte á otra:» esta razon no es convincente. 4.º «Los efectos de esta materia morbosa no son idénticos cuando se traslada á tal ó cual órgano.» No debia Cullen ignorar hasta qué punto modifica los accidentes morbosos la diversidad de los tejidos y de las funciones: las escrófulas y la sífilis se manifiestan por fenómenos variables segun los diferentes tejidos. 5.º «La existencia de una materia morbífica no está probada por el contagio de la gota, que es muy dudoso:» esto es verdad, pero nada prueba contra la alteracion de los humores, pues hay enfermedades humorales que no son contagiosas. 6.º «La enfermedad es hereditaria:» suponiendo demostrada esta proposicion, tan favorable es á la hipótesis de una alteracion de los humores, como á la de una conformacion innata de los órganos. 7.º «La suposicion de una materia morbífica como causa de la gota ha sido hasta ahora inútil, pues no ha sugerido ningun tratamiento ventajoso.... antes al contrario generalmente se ha prescindido de ella en la práctica....» Bien puede añadirse que semejante suposicion no ha producido mas que esa numerosa série de específicos anti-gotosos, que han sido perjudiciales haciendo que se pierdan de vista las indicaciones curativas (*Elements de médecine pratique*, loc. cit., t. II, p. 470). Hemos referido estas objeciones, porque todas ellas son importantes y muchas tienen bastante valor. Luego que hayamos espuesto las demas doctrinas, fijaremos los caractéres esenciales de la gota, y demostraremos que es dificil dejar de admitir que su causa reside en los líquidos.

»Inmediatamente despues de los autores que atribuyen la enfermedad á una causa humoral, vienen los que la consideran como una afeccion general del sólido viviente; bajo cuyo aspecto nos parece se acercan entre sí Sidenham, Boerhaave, Hoffmann, Cullen y Barthez. El primero de estos médicos dice «que despues de haber examinado con todo el posible detenimiento los diversos fenómenos de la gota, le parece que su causa es una falta de coccion en todos los humores, por debilidad de los sólidos» (ob. cit., §. 824). Por aqui se ve, que el médico inglés hace intervenir el estado enfermo de los sólidos y la alteracion consecutiva de los líquidos. La debilidad de la constitucion procede, segun él, de los desarreglos, los escesos en la bebida y las fatigas del espíritu: entonces se hacen mal las digestiones, y «los humores dañosos que se eliminaban antes con el ejercicio, se estancan en los vasos, convirtiéndose en causa de la gota.»

»Boerhaave «considera como el agente próximo del mal, la depravacion de los nervios capilares y del fluido nervioso que recorre estas partes. La alteracion de este consiste, segun él, en una acrimonia particular y en una viscosidad mayor, y la alteracion de los sólidos en la estrechez y rigidez de los vasos. La causa primera de estas alteraciones es el mal estado de las vísceras, que no elaboran convenientemente el fluido nervioso, ni le dan las cualidades que debe tener» (afor. 1262, 1263, 1265; loc. cit., p. 290 y sig.). Esta teoria, algo oscura y enteramente química por otra parte, se halla fundada en la doble alteracion del sistema nervioso y de las funciones generales.

»Hoffmann dice, que la causa interna de la podagra consiste en un espasmo violento, que estira y desgarra las membranas y ligamentos fibrosos destinados á retener los huesos, y produce una sensacion análoga á la que determinaria la rotura de las partes, ó una cuña que se introdujera entre ellas. Este espasmo procede en su concepto, de una serosidad depravada, salada y ácre, que suministran en mayor abundancia las arteriolas mas pequeñas y las glándulas de los ligamentos; y va acompañado de movimiento febril y de una inflamacion de las partes (*De dolore podagrico et arthritico vero*; *thes. patholog.*, p. 341; en *Opera omnia*, t. I, en fól., Ginebra, 1761). Creemos que la teoria de Hoffmann es harto infundada para que pueda atraerse muchos partidarios; y aun diremos, que si no la hubiera protegido la autoridad de su nombre, no hubiera llegado á obtener ningun crédito. No nos detendremos en examinarla, pues no ilustra en modo alguno la naturaleza de la enfermedad.

»La gota es en sentir de Cullen: 1.º una enfermedad de todo el sistema, es decir, que depende de cierta conformacion general y de un estado particular de la economia; 2.º una afeccion evidente del sistema nervioso, en el que residen las primeras potencias motrices de todo el organismo: las causas ocasionales que determinan la enfermedad, obran casi todas directamente sobre los nervios y el sistema nervioso: 3.º el estómago, que tiene una simpatia tan universal con el resto del organismo, es de todas las partes internas, la que con mas frecuencia se afecta de gota, y á veces con mayor intension (*Elem. de méd.*, loc. cit., p. 474 y sig.). Cullen considera la gota como consecuencia de la pérdida de tono del sistema nervioso. Empero, si esta enfermedad tiene su asiento en el aparato de la inervacion, cómo produce la secrecion de uratos, los cálculos y otros accidentes locales análogos? Esto es lo que no esplica Cullen, ni los demas autores que lo han citado sin leerlo, ó que han adoptado su doctrina sin examinarla. Lo único que dice es que «la pérdida de tono se comunica hasta cierto punto á todo el sistema, pero donde se manifiesta con especialidad es en las funciones del estómago»; y despues añade: «Cuando sobreviene en sugetos en quienes se conserva la energia del cerebro en todo su vigor, la naturaleza redobla sus esfuerzos para restablecer el tono de las partes, y lo consigue provocando una afeccion inflamatoria en cualquier punto de las estremi-

dades. Transcurridos algunos dias desde la aparicion de esta afeccion inflamatoria, se restablece el tono de los miembros y de todo el sistema, y recobra el enfermo su estado de salud.» Esta esplicacion satisfará poco al lector; pero hemos querido reproducir por completo la doctrina de Cullen, porque ha tenido cierto eco, á pesar de ser tan poco rigurosa y de no fundarse de manera alguna en hechos concluyentes: ahora veremos que la de Barthez no es preferible bajo ningun aspecto.

«Creo, dice este último médico, que la formacion de toda enfermedad gotosa depende necesariamente del concurso de dos causas que la producen.... una que consiste en la disposicion particular que tiene la economia para ocasionar un *estado específico gotoso* en los sólidos y en los humores; y otra que procede de una debilidad natural ó adquirida que sufren relativamente á los demas órganos los que deben ser asiento de la enfermedad gotosa.... El estado gotoso específico de los sólidos me parece consistir en un esfuerzo poderoso y duradero de la *situacion fija* que tienen entre sí las partes del tejido de los órganos afectados por la enfermedad gotosa, esfuerzo que determina un grado constante del movimiento tónico de sus fibras, distinto del que existe en el estado natural.... El estado gotoso de la sangre es un vicio de su mezcla, que intercepta en diferentes grados la formacion natural de sus humores escrementicios; de suerte que estos, mas ó menos alterados, sufren una descomposicion espontánea que hace predominar la sustancia terrosa» (ob. cit., t. I, p. 33 y sig.). No copiaremos mas de la opinion de Barthez, porque todo lo que añadiesemos seria tan ininteligible como las líneas precedentes. Nadie ha sabido jamás esactamente, ni aun el mismo Barthez, qué es lo que debe entenderse por *situacion fija de los sólidos*, al menos en patologia. Por lo demas, si alguna teoria ha sido inútil para el tratamiento de la gota, ha sido esta sin duda, pues su mismo autor nada deduce de ella aplicable á la terapéutica.

»Se ha considerado la plétora como causa de la gota. El doctor Barlow abraza esta opinion, y la desenvuelve de una manera oscura é incomprensible en un artículo muy incompleto inserto en un diccionario. Cree al parecer que la plétora produce invariablemente la enfermedad, y termina por una inflamacion local (*Gout, the Cyclopedia of practical medecine*; página 355, t. II, en 4.°; Lond.).

»Llegamos ya á una tercera série de hipótesis mas limitadas que las precedentes, y que atribuyen la gota á la lesion de una funcion ó de un órgano determinados. Musgrave la hace consistir en una enfermedad de las glandulillas situadas alrededor de las articulaciones y en su misma cavidad, mas bien que en una afeccion de las articulaciones mismas. En una palabra, dice que la gota es como las escrófulas una afeccion de las glándulas (*De arthritide primigenia*, p. 41). Ficino la considera como una inflamacion de los vasos linfáticos; Sommering sostiene tambien esta opinion, y Alard incluye la gota como otras muchas afecciones entre las enfermedades de los vasos blancos. Guilbert dice tambien «que este sistema se halla esencialmente afectado, esencialmente en accion, y que la enfermedad parece dirigirse mas comunmente á las porciones de él que rodean al tejido fibroso» (art. cit., *Dict. des sc. méd.*, p. 184 y siguientes). Inútil seria tratar de probar que los vasos linfáticos no son la causa de la gota: hay doctrinas que no merecen siquiera refutarse.

»Pedro Desault, médico de Burdeos, que vivia á mediados del último siglo, publicó una disertacion en la que intentaba probar, que las causas asignadas por Dodart y Sanctorius á la disminucion de la traspiracion, son tambien las que producen la gota. Es preciso notar, dice, que esta funcion disminuye á medida que avanza la edad, y que en la época en que sobreviene la gota, es mucho menor que durante la juventud. De aquí deduce que la disminucion de la traspiracion es la causa de la gota (*Dissert. sur la goutte et la methode de la guerir radicalement*, etc., en 12.°; París, 1730).

»Roche trata de demostrar en el artículo ARTRITIS del *Diccionario de medicina y cirugia prácticas*, que la gota es como el reumatismo una inflamacion articular, pero que no toda la enfermedad consiste en este elemento morboso; pues hay otro segun él, que domina al primero, y que depende de una modificacion particular del organismo. Esta modificacion es una superabundancia de materiales nutritivos, que no pudiendo ya ser espelidos por las vias ordinarias de escrecion, acaban por depositarse en la superficie de los tejidos articulares formando las concreciones tofáceas, compuestas en su mayor parte de las sustancias mas animalizadas, pues que son en efecto muy azoadas, conteniendo una gran cantidad de ácido úrico y una materia animal (p. 430 y sig.). Cruveilhier sostiene con corta diferencia la misma opinion en su *Anatomia patológica del cuerpo humano*.

»Requin y Chomel dicen en su obra titulada *Lecciones de clínica médica*, que la gota y el reumatismo son dos enfermedades completamente idénticas, y que las diferencias que los médicos de todos los siglos y paises han encontrado entre estas dos afecciones son vanas é ilusorias. Requin sostiene, que las concreciones no pueden servir para caracterizar la gota, y que si se las encuentra tan frecuentemente en esta última afeccion, es porque tiene su asiento habitual en las articulaciones pequeñas. Difícil es alegar razones mas débiles en favor de una opinion. ¿Quién ha de admitir que solo se desarrollan los tofos porque la inflamacion específica tiene su asiento en las articulaciones pequeñas? Pues qué, no se encuentran en las vainas de los tendones, en las membranas sino-

viales y á veces debajo de la piel? Y cómo se esplica la secrecion de orina, tan frecuentemente cargada de ácido úrico y de uratos en los gotosos? Es acaso efecto de una inflamacion específica de los riñones? Esta coincidencia de los cálculos, por mas que no quiera admitirla Requin, ó mas bien, que la esplique á su manera, es positiva. Concede que las personas ricas tienen el incontestable y triste privilegio de hallarse mas propensas á padecer el mal de piedra, que reconoce por causas principales una vida ociosa y regalada; pero como estas son tambien las de la gota, dice que no debe sorprendernos la coincidencia de ambas enfermedades (*Leçons de clinique médicale*, p. 433 y sig., I vol. en 8.º; Paris, 1837).

»Scudamore se inclina á considerar la gota como una enfermedad dependiente de superabundancia de sangre, en atencion á la energia de la circulacion; enfermedad que afecta en particular el sistema de la vena porta, y consiguientemente las funciones del hígado, unida á la produccion de un cambio morbífico en los productos segregados del tubo digestivo en general, y de las venas en particular (obr. cit., p. 143). Algunos médicos, que han escrito sin duda bajo la influencia de la doctrina fisiológica, sostienen, que la gota es una flegmasia articular, cuyo asiento primitivo se halla en el estómago (gastro-artritis).

»Pasamos por alto una multitud de teorias que no tienen importancia alguna, y que serian buenas cuando mas para satisfacer una vana curiosidad. Preferimos detenernos todavia algunos instantes en los caractéres esenciales de la gota, á fin de poder determinar, si no su causa, por lo menos las diferencias que la separan de otras enfermedades.

»*Resumen.*—Cuando se considera la naturaleza de las lesiones que se encuentran en el cadáver, y los síntomas locales observados en los enfermos, puede creerse sin duda que la enfermedad es completamente local; pero cuando penetrando mas en el estudio de estas lesiones, se encuentra alrededor de las articulaciones una materia salina formada por fosfatos y uratos de sosa y de cal; cuando se ve que varia la composicion de la orina, que predomina en ella el ácido úrico, que está notablemente modificada la secrecion de los riñones, que hay formacion de productos muy animalizados; y cuando se considera ademas el curso remitente de los accidentes, la frecuencia de las recidivas, la estension de las alteraciones funcionales, la impotencia del tratamiento local antiflogístico, ó de cualquiera otro, y la inutilidad de todos los remedios empleados, es imposible desconocer que no debe considerarse la gota como una afeccion local de los tejidos fibrosos y sinoviales de las articulaciones. Hacer consistir la enfermedad en una lesion circunscrita, es verdaderamente ignorar los principales caractéres y anologias que deben inducir á colocarla entre las afecciones generales, é imitar á los médicos que persisten todavia en considerar las viruelas y el sarampion como enfermedades de la piel, porque en este órgano es donde se manifiestan los fenómenos morbosos mas notables.

»Entre estas enfermedades y la gota podria establecerse una comparacion bastante esacta. En la gota, lo mismo que en las viruelas, hay *determinaciones morbosas* que se efectúan mas particularmente en ciertos órganos. En la primera, consisten en una inflamacion local y en el depósito de una materia *sui generis* (urato de sosa), bien diferente de las que proceden de flegmasias (pus, serosidad), ó de lesiones locales de cualquier otra naturaleza (tubérculo, cáncer). En las viruelas, es la piel asiento de una inflamacion específica, lo mismo que los tejidos circun-articulares son el punto en que viene á fijarse la materia humoral producida por la enfermedad. Los antiguos la llamaban *materia morbífica*; pero el nombre importa poco, y la verdad es que espresaban claramente el hecho, el cual se halla demasiado reconocido por la generalidad, para que dejemos de tomarlo en cuenta. Cuando una doctrina se reproduce invariablemente en las diversas edades, y se la puede seguir al través de las metamórfosis que la hacen esperimentar las ideas de las épocas que va recorriendo, no debe dudarse en considerarla como una doctrina sagrada, que no es permitido combatir, pues difícil será que no esté fundada en una base sólida y en hechos incontestables: tal es la doctrina de la materia morbífica considerada como causa de la gota. Sin que aceptemos el rigoroso sentido de esta palabra, debemos confesar que representa uno de los hechos esenciales de la enfermedad, cual es la determinacion morbosa que se efectúa hácia las articulaciones, y mas rara vez hácia los órganos internos.

»Otras pruebas militan tambien en favor de la opinion que propende á considerar la gota como una enfermedad general: 1.º su curso intermitente y bastante regular, por manera que no puede esperarse la cesacion de los accidentes locales, hasta que haya agotado su accion la causa de la enfermedad; 2.º el trastorno de muchas funciones; pues en efecto, á poco que dure el mal ó que se repitan las recidivas, se altera casi toda la economia; 3.º la disposicion que tiene la enfermedad á determinar diversos accidentes y á desaparecer por metastasis; 4.º la frecuencia de los cálculos y la alteracion de la secrecion urinaria; 5.º la propiedad de trasmitirse por herencia; 6.º la influencia que tiene sobre ella el régimen de vida, y 7.º la poca eficacia de los remedios.

»Si se nos pregunta ahora en qué consiste esta enfermedad general, y si tiene su punto de partida en la sangre ó en el sistema nervioso, como afirma Cullen, responderemos que estamos dispuestos á admitir una alteracion de la sangre, pero que nos es imposible especificar su naturaleza. Bien puede sospecharse que la superabundancia del ácido úrico ó de ma-

terias muy azoadas, sea la verdadera causa; mas se necesitaria una demostracion directa para admitir semejante opinion.

»Historia y bibliografia.—Es muy considerable el número de obras que se han publicado sobre la gota; pero no todas ellas merecen consultarse. Si se adoptara para establecer la bibliografia de la gota el método que seguia Falconnet para componer su biblioteca, no seria tan larga como pudiera creerse. El método de este célebre médico consistia en elegir de las obras, aun de las mas voluminosas, cinco ó seis páginas de las mejores y destruir todo lo inútil. Pocos libros modernos podrian resistir semejante prueba, sobre todo si se sometian á ella los de tantos autores que se apoderan de los despojos de otros, y escriben sin citar una sola vez las fuentes donde han bebido.

»La gota era una enfermedad frecuente entre los griegos, y llegó á serlo todavia mas cuando se introdujeron en sus costumbres el lujo, los desarreglos y la ociosidad. Hipócrates menciona sus principales signos y causas, é indica su pronóstico en diferentes partes de la coleccion que lleva su nombre: pocos son los pasages que no hayamos citado ya (*Aphor.*, sect. 6, afor. 30, 39, 50, etc.; Coac. prænot.; Prædict.). Sin embargo, debemos observar que los antiguos, inclusos Hipócrates y otros muchos de los mas célebres, no siempre supieron distinguir la gota del reumatismo.

»Galeno confirmó la mayor parte de los hechos asentados por el médico griego en sus *Comentarios sobre los aforismos de Hipócrates*. Plinio dice, que la podagra era una enfermedad rara en Italia por el tiempo en que él vivia (35 años despues de J. C.) (*Historia natural*, lib. XXVI, sec. 64), apoyándolo en que no existia nombre latino alguno para designarla; pero este argumento no tiene valor. Séneca, á quien ya hemos citado mas arriba, censura ágriamente la depravacion de su siglo, y dice que aun las mismas mujeres solian padecer la gota.

»Celso confunde á menudo el reumatismo y la gota, de tal suerte que los signos diagnósticos y pronósticos no tienen siempre una aplicacion rigurosa (*De medicina*, p. 56 y 68, edicion de Almeloveen, en 8.º; Rotter., 1750). El tratamiento que propone, consta de muy buenas reglas higiénicas y de gran número de medicamentos (cap. XXIV, *De manuum et pedum articulorumque vitiis*, p. 237, obr. cit.).

»Areteo conocia muy bien las diferencias que existen entre el reumatismo y la gota: «Los que estan afectados de esta última enfermedad la atribuyen, unos al calzado demasiado estrecho, otros á una marcha forzada, á un golpe ó á una presion súbita; pero ninguno hay que confiese la causa real de su enfermedad, y cuando se les dice que es la gota, todavia aparentan no creerlo» (*De causis et sign. morb. diuturn.*, lib. II, cap. XII). Este autor se espresa de una manera aun mas precisa sobre la gota cuando dice: «Communis omnium articulorum »dolor est arthritis, sed pedum dolorem poda»gram vocamus» (loc. cit.).

»Celio Aureliano afirma que el reumatismo es completamente distinto de la gota. El título del capítulo II, *De articulorum passione quam Græci ἀρθρῖτιν vocant et de pedum dolore, quem podagram appellant*, prueba que se hallaba establecida esta distincion entre los mismos griegos, y que ya se habia hecho desde la mas remota antigüedad. No pueden leerse sin admiracion los párrafos que consagra este médico á describir la gota; pues indica con sumo cuidado su curso; enumera con esactitud todos sus síntomas; pinta la forma de la hinchazon articular, la deformidad de los dedos, la direccion viciosa que estos adquieren, las concreciones artríticas, las ulceraciones de la piel, etc., etc.

»Tambien se encuentra en él una larga esposicion de cuantos medios usaban los antiguos para combatir la enfermedad: tópicos locales, narcóticos, tisanas de toda especie, terapéutica muy esacta para todas las complicaciones y tratamiento higiénico, todo se halla contenido en el capítulo de Celio; cuya lectura aconsejamos á los que quieran formarse una idea esacta de la terapéutica de los antiguos, y de las drogas que han imitado despues los especuladores en específicos, convenciéndose de paso de cuán fecundas son en útiles enseñanzas las obras antiguas (*Acutorum et chronicorum morborum libri*, t. II, p. 364 y sig., en 8.º, edic. de Haller; Lausana, 1764).

»Fernelio consagra muchas páginas de su *Patologia universal* á la historia de la artritis. Emplea este nombre en un sentido genérico, para designar todos los dolores intermitentes de las articulaciones «arthritis articulorum »est dolor ex intervallis fere invadens»; de los cuales distingue tres especies, que son la chiragra, la ischiagra y la podagra: indica las principales causas y síntomas de la artritis, y lo que dice de esta se aplica especialmente á la gota. Las páginas que Fernelio consagra á su estudio, han sido muy útiles á sus contemporáneos y sucesores (*Universa medicina*, lib. VI. p. 18).

»Llegamos ya al inmortal tratado de Sidenham sobre la enfermedad que nos ocupa. El mejor elogio que de él puede hacerse es manifestar, que la descricion que contiene de la 2.ª fue reproducida completamente por Federico Hoffmann, y copiada en una gran parte por Boerhaave, Van Swieten y todos los autores que han escrito sobre el mismo asunto. Añadiremos por último, que todavia no hay en la actualidad un solo tratado de gota que pueda sobrepujar al de Sidenham. No por esto queremos decir que se halle todo descrito en la obra del médico inglés; pues la composicion de los tofos, la naturaleza de los depósitos de la orina y las lesiones anatómicas, no podian ser entonces conocidas; pero los síntomas, las causas, el tra-

tamiento y el orígen de las indicaciones terapéuticas, nada dejan que desear. El autor se mantuvo fiel al epígrafe tomado de Bacon que puso al frente de su libro: «Non fingendum, »aut excogitandum, sed inveniendum, quid na»tura faciat aut ferat» (*Tractatus de podagra et hydrope*, en 8.°, Lóndres, 1683; y en *Opera omnia*).

»Otra obra merece tambien ocupar uno de los primeros puestos en nuestra bibliografía, y es la de Boerhaave y de su comentador Van-Swieten (*Podagra*: *Comm. in aphoris. Boerhaavii*, t. IV, p. 251, en 4.°; París, 1773). El tratado de Sidenham es enteramente práctico, es decir, que no contiene absolutamente mas que lo que se observa y conviene saber á la cabecera del enfermo; en el de Van-Swieten, ademas de esta preciosa cualidad, brilla tambien una inmensa erudicion, no á la manera de Trnka y J. Frank, sino con un profundo conocimiento y una apreciacion severa y crítica de los principales trabajos publicados sobre la materia. El libro de Sidenham enseña toda la parte práctica de la historia de la gota, y el de Van-Swieten, todo lo que es dable saber, pues no hay obra alguna moderna que haya podido aventajarle.

»Vienen ahora algunas monografías igualmente recomendables, aunque inferiores á las precédentes. Tales son: 1.° la de Musgrave (*De arthritide symptomatica dissertatio*, en 8.°; Excest., 1703; *De arthritide anomala seu interna dissertatio*, en 8.°; Excest., 1707), quien traza la historia de las complicaciones y trasformaciones que esperimenta la gota trasladándose á las diferentes vísceras: al través de mas de una hipótesis resalta en este escrito una observacion esacta de los variados fenómenos que origina el mal; 2.° La de Stahl (*De podagræ nova pathologia disputatio*; Halæ, 9 junio, 1704, en *Disputat. ad morborum* de Haller, p. 479, t. VI; Lausana, 1758). Este célebre vitalista, despues de estudiar muy detenidamente la enfermedad, establecer un paralelo entre la gota y el reumatismo, y discutir una por una las diferentes doctrinas emitidas sobre su naturaleza, sostiene que no es otra cosa que un movimiento espasmódico doloroso, que trae su orígen de las hemorroides internas y de la compresion varicosa de la sangre; pero ya se deja suponer que semejante idea no habrá contribuido mucho á los progresos de la ciencia; y 3.° la de Desault (*Dissertation sur la goutte, et la methode de la guerir radicalement, avec un recueil d'observations sur les maladies dependantes d'un defaut de la respiration*, en 12.°; París, 1780), en donde se estudia la etiologia mejor que en otras obras, dedicándose el autor á probar, que es muy considerable la influencia de la traspiracion en la produccion de la gota.

»A Federico Hoffmann se deben cuatro memorias sobre la gota. La primera trata de la enfermedad en general, y contiene una historia sucinta, pero muy bien hecha (*De dolore podagrico et arthritico vero et inveterato, theses pathologicæ*; en *Opera omnia*, t. I, p. 339, en fólio; Ginebra, 1761); la segunda está consagrada al estudio de la gota interna (*De podagra retrocedente in corpus*; *Op. omn.*, suplemento III, p. 187, año 1700), y la tercera y la cuarta contienen una historia higiénica y terapéutica completa de la afeccion (*De cura doloris podagrici præservatoria*; suppl. III, p. 180, 1731; *De genuino et simplicissimo doloris podagrici remedio*, suppl. III, p. 173; 1697). Estas últimas disertaciones son las que mas especialmente nos han servido para trazar el régimen dietético á que deben estar los gotosos.

»Tambien podrá leerse con utilidad la *Guia práctica de los gotosos y reumáticos* por Reveille-Parise, en donde ha sabido el autor hacer interesante, y exornar con las galas de su imaginacion, un punto que tantas veces se habia examinado.

»Encuéntranse datos preciosos sobre los síntomas y tratamiento de la gota en el libro de Coste (*Traité pratique sur la goutte et sur les moyens de guerir cette maladie*, en 8.°; Amsterdam, 1757); de Grant (*Some observations on the origine, progress, and method of treating the atrabilious temperament and the gout*; en 8.°; Lond., 1781), y en la *Medicina práctica* de Cullen (t. III, p. 457, en 8.°; París, 1819). El artículo consagrado por este médico al estudio de la gota, es una esposicion tan clara y precisa como pudiera desearse, y contiene todo lo que se necesita saber.

»Hemos terminado la lista de las obras que han hecho progresar en realidad el estudio de la gota, y á las que deben añadirse los trabajos de varios químicos, tales como Wollaston (*On gouty and urinari concretions*, en 8.°; Lond., 1796), Berthollet (*Journal de physique*, abril, 1786), Trampel, *Beobachtungen*, t. I, página 72), Herissant, *Mémoires de l'Academie des sciences*, 1758), y los mas modernos de Vauquelin, Thenard, Bercelius, Scudamore y Rayer (v. los capítulos consagrados al estudio de las concreciones y de las orinas).

»La tres últimas obras de que debemos hablar con algunos pormenores, son las de Barthez, Guilbert y Scudamore. Si para redactar las cortas noticias bibliográficas que acostumbramos colocar al fin de cada artículo, nos hubiéramos contentado con repetir los títulos de los libros, aun de los mas insignificantes, sin haberlos abierto, diríamos que la obra de Barthez es de las mas notables, únicamente porque ha solido gozar de esta opinion. Pero estamos lejos de convenir en esto, y podemos asegurar, que el tratado de dicho médico no añade absolutamente nada á los datos que se hallan en las obras de Sidenham, Van-Swieten, Feder. Hoffmann, Cullen, Musgrave, etc. El autor del *Tratado de las enfermedades gotosas* (2 vol. en 8.°; París, 1802), demuestra un esacto conocimiento de las obras antiguas y contemporáneas, y describe claramente las particulari-

dades mas esenciales del mal; pero las infinitas divisiones que admite de la gota son suficientes para desanimar al lector mas infatigable. Hemos leido todo lo que escribe sobre la gota de las articulaciones que complica á otra enfermedad ó le es consecutiva, y sobre la gota interna que sobreviene consecutivamente á la articular, y nos hemos convencido de que todas las ideas claras y de una utilidad realmente práctica, habian sido ya espuestas convenientemente por otros autores: el que dude acerca de la esactitud del juicio que formamos de Barthez, no tiene mas que leer comparativamente la disertacion de Sidenham y el capítulo *Podagra* de Van-Swieten, y estamos seguros de que se decidirá en favor de estos últimos.

»Guilbert, en su artículo GOTA del *Diccionario de ciencias médicas* (1817), cuyos materiales ha reunido despues en una monografía (*De la goutte et des maladies goutteuses*, en 8.°; París, 1820); ilustra algun tanto muchas partes de su asunto; sin embargo, se le debe censurar por haber reproducido todas las divisiones antiguas, y dejado subsistir una confusion perjudicial respecto de las enfermedades que merecen realmente el título de *afecciones gotosas*. La obra de Scudamore (*Traité sur la nature et le traitement de la goutte et du rhumatisme*, trad. por Deschamps, en 8.°; Paris, 1820; 1.ª edicion, en 8.°; Londres, 1816), está llena de hechos curiosos y de observaciones originales de mucha importancia. Los esperimentos del médico inglés sobre las concreciones tofáceas, la orina, y los diferentes remedios anti-gotosos mas usados; y el estudio que hace de un gran número de síntomas, cuya frecuencia y verdadera naturaleza determina mejor que otros, etc., dan á este libro un gran valor. Conviene decir, sin embargo, que la disposicion de las materias es muy confusa, que no sigue ningun órden, y que es dificil encontrar los datos que uno necesita.

»Terminaremos la apreciacion crítica de los principales tratados de la gota, por una simple enumeracion de las obras siguientes, que hemos consultado, tomando de ellas algunos pasages para la confeccion de este artículo: James, *Dissert. sur la goutte et le rhumatisme*, trad. de el inglés, en 12.°; París, 1747 (coleccion de hechos recogidos por el autor); Liger (Cárlos Luis), *Traité de la goutte*, en 12.°; París, 1753; Loubet, *Lettres sur les malad. de la goutte*, en 12.°; París, 1757; Ponsart, *Traité de la goutte et du rhumatisme*, en 8.°; París, 1770 (no tiene nada de particular); Alfonso Leroy, *Manuel des goutteux et des rhumatisants*, en 8.°; París, 1305, aumentada con la traduccion de la obra de Tavares (muy buena para consultarla respecto del tratamiento); Giannini *De la goutte et du rhumatisme*, con notas de Mariano de Saint-Ursin, en 12.°; París, 1810 (el autor ensalza el tratamiento por la quina y por las afusiones frias; por lo demas nada ofrece de particular); Cadet de Vaux, *De la goutte et du rhumatisme*, en 12.°; París, 1824 (merece consultarse por lo que toca al tratamiento alabado por su autor); Halle, *Rapport sur un remede proposé pour le traitement de la goutte*, en 8.°; París, 1810 (remedio de Pradier); Gose, *Des maladies rhumatoides*; en 8.°; Ginebra, 1826 (esta obra carece de interés por no decir mas), y Turck *Traité de la goutte et des maladies goutteuses*, en 8.°; París, 1837, en el que preconiza el autor un remedio, y emite hipótesis quiméricas sobre la causa del mal» (MONNERET Y FLEURY, *Comp. de méd. prat.*, t. IV, p. 372-375).

ORDEN SETIMO.

Enfermedades de la piel.

Nociones generales.

»Basta dar una ojeada á cualquier tratado de dermatologia, para comprender que es imposible estudiar con fruto, bajo el punto de vista de la patologia general, las enfermedades que comprenden en sus cuadros nosológicos, pues para hacerlo seria indispensable trazar, digámoslo asi, la historia particular de cada una de estas afecciones.

»Para disipar en parte estas dificultades y poder establecer algunas consideraciones generales, es absolutamente necesario separar de las enfermedades de la piel las afecciones que no son cutáneas, como el muermo no es una afeccion pustulosa ó una erisipela, ni la fiebre tifoidea un lichen. Es increible que en el estado actual de la ciencia se coloquen todavia entre las enfermedades de la piel, el sarampion, la escarlatina, la miliar, las viruelas, la varicele, etc., etc. En cuanto á nosotros no vacilamos en borrarlas del cuadro de las dermatosis, y no creemos necesario esponer los motivos en que nos fundamos para hacerlo.

»Las investigaciones de Gruby tienden á probar que *el favus* no es una enfermedad de la piel propiamente dicha, sino efecto de la presencia de un cryptógamo, y convendria tambien dar un lugar distinto á esta afeccion. Pasemos ya al estudio general de las enfermedades de la piel propiamente dichas.

»ANATOMIA PATOLÓGICA.— Las enfermedades cutáneas tienen formas tan distintas entre si, que bastarian para hacernos admitir *à priori* que la piel es un órgano complejo, cuyos diversos elementos pueden afectarse aisladamente ó asociados de muchos modos. En efecto, demuéstrase por la anatomía que la piel se halla constituida «por una reunion de órganos y de aparatos de funciones distintas, que vienen á terminar en una cubierta epidérmica, y que estan reunidos por un tejido denso y resistente, recorrido por nervios, vasos sanguíneos ó linfáticos; tejido análogo al celular y al fibro-

so, y que representa el dermis.» (Cazenave, *Quelques considerations sur le siege anatomique des mal. de la peau*, etc., en los *Anales des mal. de la peau*, t. I, p. 4, París 1843); pero desgraciadamente no ha sido posible hasta el dia localizar las diversas afecciones cutáneas en tal ó cual de los elementos constitutivos de la piel, y esta localizacion, que egerceria notable influencia en todas las partes de la dermatologia, probablemente se ocultará todavia mucho tiempo á nuestras investigaciones.

»Cazenave demuestra en la memoria que hemos citado, que el estudio anatómico y fisiológico de la piel es el único que puede ilustrarnos sobre la etiologia, patogenia y terapéutica de las dermatosis; manifiesta esperar que pronto veamos este estudio, empezado por Brechet y Roussel (*Nouvelles recherches sur la structure de la peau*; París, 1835), progresar y dar útiles resultados, y se esfuerza en aplicar á la patologia cutánea las nociones ya adquiridas, pero reconociendo él mismo que la mayor parte de estas aplicaciones «no son otra cosa que ideas generales sacadas de observaciones, que aunque seguramente verdaderas, son poco numerosas y estan apoyadas todavia en bases sumamente débiles.» (*Loc. cit.* p. 6.)

»Reproduciremos sin embargo las ideas emitidas por Cazenave, previniendo al lector que no son en manera alguna proposiciones demostradas, sino suposiciones mas ó menos probables que exigen comprobacion; y haciendo ademas por nuestra parte algunas reflexiones al resumen que vamos á trazar del trabajo de este autor.

»Si teniendo presente la reunion de los distintos órganos y aparatos que constituyen el órgano cutáneo, dice Cazenave (*loc. cit.* p. 5), se recuerda que las numerosas formas de las afecciones de la piel pueden reducirse en su mayor parte á cierto número de lesiones elementales, constantes y siempre idénticas en unas mismas enfermedades, naturalmente nos inclinamos á creer, que cada uno de estos órganos ó de estos aparatos puede, y aun debe estar sujeto á desórdenes ó á alteraciones patológicas especiales, que se manifestarán necesariamente por síntomas igualmente especiales en cuanto á su forma; y en una palabra, que una enfermedad de la piel se presentará con síntomas distintos segun que afecte el cuerpo papilar, el aparato sudoríparo, ó el blenogeno.

»Aplicando estas proposiciones á varios órdenes del cuadro dermatológico, establece Cazenave las conclusiones siguientes:

»1.º Los exantemas ocupan la red vascular de la piel, y son verdaderas inflamaciones, cuyos productos varian desde la simple esfoliacion hasta la formacion de pus. La flegmasia puede limitarse á la red vascular (eritema simple), al tejido celular cutáneo (eritema nudoso, urticaria); invadir simultánemente los vasos linfáticos (erisipela pustulosa), los conductos sudoríferos (erisipela vesicular) y aun todas las partes que concurren á formar la piel (erisipela flemonosa.)»

»Solo una objecion haremos á esta primera proposicion, y es que la fibrina se halla aumentada en la erisipela, por lo que debe considerarse esta afeccion como una flegmasia; pero en el sarampion y la escarlatina conserva aquella su cantidad normal ó se halla disminuida, y estas dos enfermedades son seguramente bastante vivas y estensas, para aumentar la fibrina si fueran inflamatorias. En vista de esto ¿no deberán referirse mas bien á una congestion que á una flegmasia las manchas del sarampion y la escarlatina?

»2.º Las afecciones vesiculosas parecen ser una lesion del aparato sudoríparo: ora es la enfermedad superficial sin esceder las estremidades de los conductos sudoríferos (*sarna, herpes, eczema simple*); ora existe al mismo tiempo inflamacion de la red vascular (*eczema rubrum*), ó de los vasos linfáticos (*eczema impetiginodes*); ora en fin, es mas profunda todavia ocupando todo el aparato sudoríparo (*eczema crónico*).»

»Mas por qué separar entonces ciertos exantemas de varias formas vesiculosas? La erisipela flictenóides y el ezcema rubrum, no son ambos una inflamacion de la red vascular y de los conductos sudoríferos?

«3.º Las afecciones pustulosas estan constituidas por una flegmasia, que ora ocupa los folículos (acne, sycosis, favus), ora el aparato linfático de la piel (impétigo).»

»En efecto, el acne y el sycosis nos parecen ser algunas veces inflamaciones foliculosas; pero otras la flegmasia ocupa manifiestamente los bulbos pilosos. Las investigaciones recientes de Grubi propenden á probar que el favus es algo mas que una flegmasia foliculosa; y las viruelas y la vacuna ¿consisten acaso solamente en inflamaciones del aparato linfático de la piel?

«4.º Las enfermedades papulosas tienen su asiento en el cuerpo papilar, y hallándose este compuesto de filamentos nerviosos, de vasos sanguíneos y de una capa epidérmica que envuelve á cada papila en forma de vaina, puede limitarse la lesion al elemento nervioso (lichen simple, prúrigo podicis), acompañarse de la inflamacion del elemento vascular (lichen agrius), ó predominar en la capa epidérmica.»

»Pero las afecciones papulosas no ocupan los puntos donde las papilas son mas numerosas y distintas, es decir, las palmas de las manos y los pulpejos de los dedos; y ¿cuáles son los fenómenos morbosos que autorizan á establecer que «la espresion sintomatológica del prúrigo lleva profundamente grabado el sello de las afecciones nerviosas?» (Cazenave, loc. cit., p. 36).

«5.º Las afecciones escamosas y los cambios de color de la piel, indican esclusiva y evidentemente, las primeras una alteracion del

aparato blenogeno y las segundas un desórden del cromatogeno.»

«6.º Las afecciones tuberculosas consisten en una hipertrofia del tejido fibroso que compone el dermis, en la que toma muchas veces parte el tejido celular.»

»Será posible considerar la elefantiasis de los griegos como una simple hipertrofia del tejido celular y del dermis? No confiesa el mismo Cazenave que «esta enfermedad tan grave estiende sus deplorables efectos á casi todos los tejidos de la economía» (Cazenave y Schedel, *Abregé pratique des mal. de la peau*, p. 355).

»Tales son los datos que han suministrado hasta ahora la anatomia y la fisiologia al estudio de las enfermedades de la piel, siendo fácil conocer su insuficiencia y la poca solidez con que se hallan establecidos. Añadiremos para ser justos que no son nuevos, pues ya Alibert los habia tomado en consideracion. «Cada una de las partes que constituyen la piel, dice este autor, tiene por decirlo así enfermedades que le son propias; de lo que es fácil convencerse estudiando con cuidado la elefantiasis en el córion, la ictyosis en el epidermis, el prúrigo en el cuerpo papilar, las erupciones varosas en los conductos sebíparos y los exantemas en el cuerpo reticular» (*Monographie des dermatoses*, p. 20, en 4.º; París, 1832).

»Síntomas. — Cazenave y Schedel no han tratado de hacer una descripcion general de los síntomas que caracterizan las enfermedades de la piel, y casi estamos inclinados á seguir su ejemplo. En efecto, cómo formular una sola proposicion que sea igualmente aplicable á la sarna y al psoriasis, á la urticaria y al pénfigo? Diremos por ventura, considerando todas las dermatosis como inflamaciones «que el dolor, la rubicundez, el calor y la tumefaccion presentan en las flegmasias cutáneas una multitud de grados y variaciones? «La comezon, el calor, el escozor, la sensacion de quemadura, de erosion, de tension, etc., son otras tantas formas con que puede presentarse el dolor de la piel, y á cada una de ellas se refieren una multitud de grados» (Rayer, *Traité therapeutique et pratique des mal. de la peau*, t. I, p. 10; París, 1835).

»Sin embargo, no hay otra alternativa que, ó bien escribir cosas ya comunes y en su mayor parte inesactas, ó entrar en la descripcion de diversos órdenes y aun de individualidades del cuadro dermatológico, como lo manifiesta perfectamente Gibert cuando dice, «que las enfermedades de la piel producen fenómenos demasiado variables en las diferentes especies, aunque algunos autores hayan creido que todos podian referirse á diversos grados de un trabajo inflamatorio primitivo, aventurándose á trazar un cuadro general» (ob. cit., p. 27).

»Hacien lo Devergie abstraccion de los exantemas, divide las enfermedades cutáneas en dos grandes clases, y coloca en una las que segregan, y en otra las que no desempeñan esta funcion (*Quelques idées sur la therapeutique généralement adoptée pour les mal. de la peau* en el *Journ. de méd.*, t. I, p. 13; 1843); pero se contenta con indicar esta division sin sacar de ella ningun partido. Sin embargo, este modo ya antiguo de considerar las afecciones cutaneas, segun que son *húmedas* ó *secas*, es tal vez el único que se presta á ciertas consideraciones de patológia general de alguna importancia práctica. Fundándonos en él, ensayaremos presentar sobre la patologia cutánea algunas ideas, cuya responsabilidad debemos reclamar, porque nos pertenece esclusivamente; advirtiendo al lector que solo tratamos de llamar la atencion de los observadores hácia algunos hechos, que no tenemos la pretension de haber aclarado completamente.

»Dermatosis con secrecion.—Esta primera clase comprende las afecciones *vesiculosas*, *flictenóides* y *pustulosas*. Todas las enfermedades que pertenecen á estos tres órdenes, deben considerarse como *flegmasias cutáneas*, que pueden revestir la forma aguda y la crónica; aunque hay diferencias notables que separan las afecciones *vesiculosas* y *flictenoides* de las *pustulosas*.

»Las enfermedades vesiculosas y flictenoides, ya sean agudas ó ya crónicas, producen, *cuando solo invaden una pequeña estension de la cubierta cutánea*, síntomas locales que no debemos describir aquí (v. flictenas y vesículas), y fenómenos generales muy leves que solo merecen una simple mencion; pues por ejemplo, un eczema agudo limitado y el zona, solo ocasionan cuando mas un poco de fiebre y algunos fenómenos de reaccion. Pero no sucede lo mismo cuando estas afecciones, sean agudas ó crónicas, *invaden una superficie considerable*, ó casi todo el cuerpo, como sucede en ciertos casos (eczema crónico, pénfigo agudo ó crónico); porque entonces son mas pronunciados los síntomas de reaccion, sobre todo en el estado agudo; mas aun entonces no son ellos los que deben llamar la atencion del observador; pues los fenómenos mas importantes se verifican en las funciones perspiratorias de la piel, y en las membranas serosas.

»Algunos autores se han esforzado en hacer resaltar los puntos de contacto que existen entre las enfermedades de la piel y las de las membranas mucosas; pero sus tentativas no les han conducido á ningun resultado, y tal vez era fácil preverlo.

»Nosotros creemos que entre la piel y las membranas serosas existen relaciones fisiológicas muy importantes, que debe conocer el dermatólogo.

»Cuando una enfermedad vesiculosa ó flictenoides, aguda ó crónica (*eczema* y *pénfigo crónicos*), ocupa una porcion considerable de la piel, la exhalacion que se verifica en la superficie de esta puede dejar mas ó menos completamente de efectuarse; el líquido que no puede salir al esterior se encamina á otra parte, ob-

servándose entonces dos órdenes de fenómenos: 1.º se forman derrames en una ó muchas cavidades serosas de la economia, ya reconozcan por causa una verdadera flegmasia, ó ya resulten de una simple exhalacion sin carácter inflamatorio, constituyendo, en una palabra, ejemplos de esa especie de hidropesia que hemos atribuido á una modificacion patológica de la estructura de la piel, ó á la supresion de alguna secrecion normal (clase I, órden III, véase Hidropesias, tomo I). 2.º En otros casos, la superficie intestinal es la que suple á la perspiracion cutánea abolida, y entonces, ó ya sobreviene una flegmasia intestinal crónica, ó ya una diarrea serosa, la que puede convertirse en un fenómeno morboso grave (véase TERMINACIONES).

»Por último, las afecciones de que acabamos de hablar producen algunas veces en la superficie de la piel una secrecion contínua y tan abundante, que no pudiendo sobrellevar la economia la enorme pérdida que se efectúa incesantemente, sobrevienen desórdenes graves en la nutricion general; se alteran las funciones digestivas, y caen los enfermos en la emaciacion y el marasmo.

»Admitiendo que las afecciones cutáneas vesiculosas y flictenoides tengan su asiento en el aparato sudorífero, tal vez se podrian comprender los fenómenos de que acabamos de hablar; pero aunque no tengamos nociones anatómicas y fisiológicas precisas, no por eso son menos indisputables los hechos patológicos cuya existencia se halla establecida incontestablemente por la observacion. Sabido es que se favorece la reabsorcion de un derrame, provocando una erupcion vesiculosa ó flictenoides artificial en la piel correspondiente, como tambien que sobreviene un enflaquecimiento notable á consecuencia de sudores repetidos y muy abundantes; y sin duda existe alguna relacion entre estos fenómenos y los que acabamos de mencionar. No obstante, sin entrar aqui en consideraciones de que ya hemos tratado en otra parte, recordaremos que importa mucho en los casos de que hablamos, que la observacion sea completa y severa; que antes de atribuir el derrame que sobreviene en semejantes circunstancias á la alteracion de la piel, conviene examinar todos los órganos, la orina y la sangre, y convencerse de que la hidropesia no depende de una enfermedad del corazon, de los vasos, de los riñones ó del hígado, ni de una alteracion general, tal como la anemia, etc.

»Las *afecciones pustulosas* muy rara vez producen los accidentes que acabamos de indicar; en pocos casos son muy estensas en los adultos, y solo en los niños muy tiernos es en los que pueden tener alguna gravedad (v. IMPÉTIGO). El modo como las afecciones pustulosas determinan los accidentes, no es comunmente impidiendo las funciones perspiratorias de la piel, ni produciendo una hipersecrecion demasiado abundante, sino obrando como flegmasias; lo cual se esplica fácilmente reflexionando que estas enfermedades solo interesan los folículos sebáceos y pilosos de la cubierta cutánea, ó bien, segun Cazenave, la red linfática.

»DERMATOSIS SIN SECRECION.—En esta segunda clase se colocan las *afecciones papulosas*, las *escamosas* y las *manchas*. Aqui no se observa ninguno de los fenómenos que pueden existir, como acabamos de ver, en las dermatosis con secrecion: la alteracion se halla diseminada, y solo ocupa pequeñas superficies, separadas por intervalos en que la piel está sana conservando la integridad de sus funciones. Si á esto se añade que las enfermedades de la clase que nos ocupa parecen pertenecer á los aparatos blenógeno y cromatógeno, es decir á los que estan encargados de segregar un producto casi inorgánico, será fácil comprender que las dermatosis sin secrecion sean siempre apiréticas, sigan constantemente un curso crónico, y puedan existir mucho tiempo sin alterar notablemente el ejercicio de las funciones.

»CURSO Y DURACION.—Las dermatosis son agudas ó crónicas, y ya hemos visto que las de nuestra segunda clase ofrecen comunmente esta última forma. Su duracion varia entre uno ó dos septenarios y muchos meses ó aun años. Se ha pretendido que las enfermedades cutáneas son á veces intermitentes, en cuya circunstancia se ha insistido mucho para establecer que las dermatosis reconocen por causa una lesion interna, como la existencia de un *vicio herpético*, etc. Pero la observacion de gran número de hechos permite afirmar, que se ha confundido casi siempre la intermitencia con las recidivas determinadas por causas completamente apreciables. Asi es que bajo la influencia de agentes atmosféricos ó de condiciones profesionales, se ven desaparecer espontáneamente ciertas dermatosis al acercarse el invierno, para volverse á presentar en la primavera; pero esto sucede comunmente, porque los pacientes no bien se hallan curados, cuando se esponen de nuevo á la accion de las causas que produjeron su enfermedad. Uno de nosotros ha publicado algunas observaciones que no dejan ninguna duda acerca de este punto, y despues ha recogido otras muchas que confirman completamente las primeras (L. Fleury, *Memoire et observations sur le psoriasis*, etc.; en los *Archives gén. de méd.*, núm. de diciembre 1836). Tambien Devergie reconoce la verdad de nuestro aserto, cuando dice «que no se tienen bastante en cuenta las influencias que los agentes esternos ejercen sobre la piel, al esplicar la tenacidad de los herpes y sus recidivas» (mem. cit., p. 16). Consideradas estas como acabamos de hacerlo, son muy frecuentes en la mayor parte de las dermatosis; pues la piel parece conservar mucho tiempo una notable propension á padecer las alteraciones de que ya otras veces ha sido asiento.

»TERMINACIONES.—En el pequeño cuadro que nosotros adoptamos, las afecciones que pue-

den ocasionar la muerte son casi únicamente el eczema y el pénfigo, los cuales pertenecen á las dermatosis con secrecion. Se ha dicho que el prúrigo produce algunas veces en los viejos un enflaquecimiento y desórdenes nerviosos bastante graves para dar lugar á una terminacion funesta; pero no podemos convenir en esto, pues entonces la muerte resulta siempre de una complicacion.

»Ya hemos dicho que los individuos sucumben en ciertos casos á los trastornos que sobrevienen en la digestion y nutricion, ya por la abundancia de materiales segregados, ó ya por el desarrollo de una gastro-enteritis crónica. Los hechos de este género no permiten muchas interpretaciones; pero cuando la muerte es debida á una inflamacion visceral (pleuresia, pericarditis, neumonia, etc.), ó á un derrame, no todos los autores la consideran del mismo modo.

»Los antiguos atribuian generalmente la terminacion funesta á la *metastasis*, al *retroceso* ó *repercusion* del *vicio* ó del *virus herpético*, y durante mucho tiempo se han fundado teorías hipotéticas y anti-fisiológicas sobre la repercusion de las dermatosis, y especialmente de la sarna, que ciertos autores sostienen todavia en la actualidad (Duchesne-Duparc, *Traité complet des gourmes*, p. 23-28; París, 1842). Pero no hay un hecho concluyente que pueda invocarse en apoyo de estas doctrinas. «Es frecuente, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 46), que bajo la influencia de una enfermedad febril accidental, se disminuya una erupcion crónica aunque tenga muchos meses de antigüedad, y aun á veces se disipe poco á poco hasta desaparecer del todo, para reproducirse de nuevo tan pronto como el enfermo entre en la convalecencia. No falta quien dice entonces, tomando el efecto por la causa, que la erupcion ha retrocedido fijándose en órganos importantes. Pero no hay duda que en este caso precede evidentemente la flegmasia interna á la desaparicion de la enfermedad cutánea, y que esta vuelve á manifestarse con lentitud cuando los órganos anteriormente inflamados no presentan ya ningun fenómeno morboso.... Aunque la desaparicion del exantema haya parecido coincidir algunas veces con el desarrollo de la flegmasia anterior, lo cual es raro, tales casos nada prueban; pues bien sabido es que puede un órgano estar ya enfermo é inflamado desde algunos dias antes que se observe ningun fenómeno morboso apreciable. ¿A qué pues, buscar esplicaciones forzadas cuando la fisiologia nos ofrece otras completamente naturales?» Adoptamos sin restriccion alguna estas juiciosas palabras, y esperamos dar en breve otras razones que las apoyen (v. CAUSAS).

»Es raro que las dermatosis se curen espontáneamente: esta feliz terminacion casi nunca se verifica en las formas crónicas, ó bien no es entonces sólida la curacion, y no tarda la enfermedad en presentarse de nuevo.

»COMPLICACIONES.—Las inflamaciones de la pleura y del pericardio son, como hemos dicho, complicaciones terminales bastante frecuentes del eczema y pénfigo crónicos, los cuales van acompañados muchas veces, especialmente en los viejos, de gastro-enteritis y bronquitis crónicas, con las que alternan en ciertos casos los síntomas cutáneos.

»Pueden hallarse reunidas en un mismo individuo dos ó mas enfermedades cutáneas; pero estas complicaciones nada tienen de particular.

»El DIAGNÓSTICO de las enfermedades de la piel no puede estudiarse de un modo general, sino en cada uno de los órdenes del cuadro dermatológico.

»El *pronóstico* es siempre desagradable por lo rebeldes que son la mayor parte de las afecciones cutáneas, y por la frecuencia de las recidivas; aunque sin embargo solo es funesto en el eczema y en el pénfigo crónicos, si se prescinde de la elefantiasis y otras enfermedades, que no interesan esclusiva ó principalmente la piel.

»CAUSAS.—El estudio de estas es sin contradiccion el punto mas importante de la historia general de las dermatosis; pero todavia se halla muy poco adelantado; pues los autores no hacen mas que repetir hipótesis infundadas, que estan en oposicion con las sanas doctrinas fisiológicas y lo que nos enseña la analogia, copiándose todos unos á otros, sin haber pensado en demostrar por una observacion atenta las singulares aserciones que reproducen.

»No hay duda que hallándose la piel incesantemente en contacto inmediato con los modificadores esternos, es muy natural, racional y legítimo, buscar en ellos las causas de las afecciones cutáneas. Pues bien, esto que es tan fácil, y que prometia los resultados mas positivos que pueden obtenerse en etiologia, no ha llegado á hacerse, contentándose los autores con algunas proposiciones vagas y oscuras, sin que nadie haya procurado sacar de los cuadros estadísticos una apreciacion rigurosamente establecida.

»Por mucho tiempo se ha atribuido el desarrollo de las dermatosis á un ser misterioso llamado *vicio ó virus herpético*, fundando sobre la existencia supuesta de este agente desconocido las mas ridículas teorías. Se ha dicho que el vicio herpético tenia su asiento primitivo en los humores de la economia; que las manifestaciones esternas ó cutáneas resultaban de los esfuerzos depuradores de la naturaleza medicatriz, y que por consiguiente era á veces muy peligroso impedir estos esfuerzos y hacer que desapareciese una afeccion cutánea, por el riesgo de que el vicio herpético fuera á fijarse por medio de una *metástasis*, *repercusion* ó *retroceso*, en un órgano interno, comprometiendo así la vida del enfermo. No tenemos necesidad de demostrar cuán aventuradas son estas diversas proposiciones.

»La sarna, considerada entre las dermato-

sis como la en que se hallaba mejor demostrada la existencia de una causa interna general, no es ya para los hombres instruidos, sino el resultado de la presencia de un insecto en el cuerpo del hombre; pero el descubrimiento definitivo del acarus scabiei no ha sido suficiente leccion para los dermatólogos, pues no ha bastado para que desechen el vicio herpético, ni para hacerles poner sus antiguas doctrinas al crisol de la observacion.

»Fundados unos en las teorias químicas de Silvio de le Boe y de Guillermo Colle, no vacilan en escribir en 1844 «que las dermatosis son la manifestacion esterna de un mal interior y general, del que trata de desembarazarse la naturaleza; de un vicio herpético constituido por la *abundancia, fluidez, degeneracion de los humores, predominio de la linfa* y por la PROPENSION DEL MOCO Á ACIDIFICARSE» (Duchesne-Duparc, *Traité complet des gourmes*, etc., p. 22 y 145; París, 1842 y 1844).

»Otros, sin caer en estas aberraciones, reconocen que las causas esternas locales representan un gran papel en la etiologia de las dermatosis, pero conceden sin embargo todavia un lugar muy importante á las causas internas generales, es decir, á la *diatesis herpética*.

»Ignoramos completamente, dice Gibert, la causa de muchas enfermedades cutáneas, las que dependen á menudo de un vicio interno, de una diatesis particular que las provoca, sostiene y reproduce» (ob. cit., p. 15-18).

«He asistido á gran número de individuos, dice Rayer, en quienes el eczema, la psoriasis, el lichen, etc., eran al parecer un fenómeno constitucional difícil de destruir, que propendia incesantemente á reproducirse sin ninguna causa accidental apreciable» (ob. cit., p. 34).

«Los herpes, segun Devergie, dependen *las mas veces* de un estado general de la economia, de un vicio de la sangre y de los humores, que no podemos comprender» (mem. cit., p. 15).

»Las enfermedades de la piel, dice Cazenave, deben colocarse en tres categorias con relacion á sus causas: 1.° las que son puramente accidentales y sobrevienen por la influencia de los agentes esteriores; 2.° las que son producidas por la alteracion de un órgano interno, y 3.° las constitucionales adquiridas é innatas, debidas á la influencia de una disposicion orgánica particular que puede trasmitirse por herencia (mem. cit., p. 68).

»Nos detendremos en esta última division, que aceptamos, modificándola del modo siguiente:

»Las enfermedades cutáneas son producidas las mas veces por causas esternas perfectamente apreciables.

»En algunos casos raros suelen coincidir con afecciones gastro-intestinales, hepáticas, etc., pero no está probada la existencia de una relacion de causa á efecto entre estos dos órdenes de enfermedades.

»Esceptuando la ictiosis, que es congénita y á veces hereditaria, suelen desarrollarse las dermatosis sin causa alguna apreciable, y sin que por esto puedan atribuirse á una alteracion general especial, á un vicio herpético, ó disposicion orgánica particular trasmitida por herencia.

»Nos detendremos un momento en estas proposiciones, apoyándolas en algunos hechos, que aunque no son bastantes para decidir la cuestion, tienen sin embargo un valor que no puede negarse. Uno de nosotros (L. Fleury) sigue constantemente en el hospital de San Luis haciendo observaciones estadísticas con el objeto de dar una base sólida al estudio etiológico de las dermatosis, y espera que bien pronto podrá confirmar los resultados que ha obtenido hasta ahora, y que son los siguientes.

»En 79 observaciones (50 psoriasis, 25 eczemas, 3 impétigos y 1 pénfigo) recogidas cuidadosamente, 51 veces se habia desarrollado la enfermedad bajo la influencia de una causa esterna evidente ó muy probable, y las 28 restantes no ha podido de ningun modo saberse la causa. Examinemos ahora las diversas causas predisponentes y determinantes que indican los autores, y veamos lo que nos enseña la observacion respecto de cada una de ellas.

»A. *Causas predisponentes*. — 1.° *Trasmision hereditaria*.—Todos los dermatólogos dicen que tiene una influencia considerable; y he aquí como se espresan Cazenave y Schedel. «Nada mas comun que encontrar enfermedades de la piel en las personas cuyos padres las habian padecido» (obr. cit., p. 48). Rayer (loc. cit., p. 34) asegura que la influencia de la trasmision hereditaria es uno de los hechos que se hallan mejor establecidos en patologia, y que muchas veces sigue la ley de las semejanzas y en ciertos casos la de los sexos. La ictiosis se trasmite por via de herencia. Mas en las 79 observaciones de que hemos hablado, como tambien en un número considerable de enfermos observados por uno de nosotros, no ha sido posible justificar una sola vez la influencia de la trasmision hereditaria; y creemos con J. Frank, que esta influencia solo se estiende á las condiciones de la piel, las que en efecto suelen trasmitirse á veces. Pueden muchos miembros de una familia padecer afecciones cutáneas, porque todos tengan una piel fina, blanca é irritable.

»2.° *Edad*.—El porrigo y el impétigo de la piel del cráneo, son mas frecuentes durante la primera edad; el acne se presenta con preferencia en la juventud; y el prúrigo es una afeccion propia de la vejez. Entre los 79 enfermos observados por uno de nosotros,

9	tenian	de 14 á 20 años.
29	——	de 21 á 30
19	——	de 31 á 40
12	——	de 41 á 50
9	——	de 51 á 60
1	——	de 61 á 70

»3.° *Sexo*.—Algunos autores aseguran que

las enfermedades cutáneas son mas frecuentes en las mujeres. Por nuestra parte, aunque en las 79 observaciones citadas solo se contaban 40 hombres y 39 mujeres, creemos que las dermatosis son mas comunes en los primeros á causa de las profesiones que ejercen.

»4.° *Constitucion y temperamento.* — No hay constitucion alguna segun Gibert (loc. cit., p. 20), que esté absolutamente exenta de padecer las dermatosis; sin embargo, dice que los individuos linfáticos y linfático-sanguíneos estan espuestos principalmente á los herpes furfuráceos y escamosos; los sanguíneos y sanguíneo-linfáticos, á los crustáceos y flavescentes, y los biliosos y melancólicos, á los pustulosos y escamosos. Cazenave (mem. cit., p. 66), asegura que el impétigo es muy frecuente en los linfáticos: pero jamás hemos podido comprobar la esactitud de tales aserciones.

«Las condiciones que favorecen el desarrollo de los herpes, dice Gibert, deben buscarse especialmente en la misma organizacion de la piel. Si esta es fina, delicada y se deja penetrar fácilmente por la sangre, se halla mas espuesta á tales enfermedades, y cuando está arrugada, marchita y oleosa, predispone á las erupciones papulosas, porque desempeña mal sus funciones.» Nuestras propias observaciones confirman las de este autor: entre 39 casos, era la piel fina y blanca en 21, en 12 morena y gruesa, y en 6 no presentaba caractéres marcados.

»5.° *Profesiones.*— Las profesiones representan un papel muy importante en el desarrollo de las dermatosis: todas las que esponen á la humedad, á las vicisitudes atmosféricas, á las variaciones repentinas de temperatura, á un calor muy considerable, al contacto de líquidos irritantes y de polvos metálicos ó de cualquier otra especie, como los de algodon ó de lana, y las que obligan á vivir en una suciedad habitual, son causas predisponentes cuya accion no puede dudarse.

»Entre los 79 individuos de que hemos hablado, se encontraban:

»7 cocheros, jornaleros, canteros ó mercaderes que venden sus géneros por las calles; individuos que se hallan espuestos á las vicisitudes atmosféricas.

»17 herreros, mecánicos, fundidores de metales, azogadores, cocineros, planchadoras y pasteleros; que necesitan sufrir la accion de una temperatura muy elevada.

»9 cardadores de lana ó de algodon, trilladores de granos, bruñidores de letras y lavanderas; los cuales se hallan espuestos al contacto de sustancias irritantes.

»A las profesiones que acabamos de referir es preciso agregar las de panadero, droguero, albañil, deshollinador, carnicero, marinero y comprador de ropa vieja, etc. (J. Frank, *Pathologie interne*, ed. de la *Encyclop. des sc. méd.*, t. II, p. 8).

»6.° *Alimentacion.*—Lorry insiste especialmente sobre la influencia que ejercen los alimentos demasiado ardientes, abundantes y compuestos esclusivamente de carnes, pescados ó de sustancias saladas ó condimentadas (*De morbis cutaneis tractatus*, p. 39; Paris, 1777). Cazenave y Schedel hablan de la influencia que tiene una alimentacion insuficiente y mal sana.

»7.° *Climas y estaciones.*—Las enfermedades cutáneas son mas frecuentes, intensas y graves en los paises calientes y húmedos, como sucede especialmente en Grecia, en la Palestina, en Egipto y en la India. En Europa se presentan con mas frecuencia en la Bretaña; en Flandes, en Holanda, en ciertas partes de Inglaterra y de Escocia, en las costas del Holstein y de la Noruega, en la Crimea y en las orillas del Danubio (Cazenave y Schedel, ob. cit., p. 49).

»Las enfermedades de la piel se desarrollan sobre todo en primavera, estacion en que son frecuentes las recidivas, y cuya influencia, á nuestro modo de ver, es mayor en la psoriasis. De 50 casos de esta dermatosis observados por uno de nosotros (L. Fleury, mem. cit.), en 9 desaparecia la enfermedad espontáneamente durante el otoño, para volverse á presentar en la primavera; lo que no sucedió en ningun caso de 29 que pertenecian á diferentes enfermedades.

»8.° *Habitacion.*—Las enfermedades de la piel son mas comunes en las grandes poblaciones y en los parages estrechos, bajos, húmedos, oscuros y mal ventilados.

»9.° *Gesta.*—Los ejercicios violentos, sobre todo despues de la comida (Lorry, ob. cit., página 43), los movimientos musculares, todo lo que provoca y sostiene una traspiracion abundante, las fatigas, los trabajos intelectuales y las vigilias muy prolongadas, predisponen tambien á padecerlas.

»10. *Causas fisiológicas.*— La época de la primera denticion, la pubertad, la edad crítica, la preñez (Rayer), y el abuso del coito, ó mas bien, segun Lorry (loc. cit., p. 45), la castidad demasiado prolongada, se consideran igualmente como causas predisponentes.

»11. *Causas patológicas.*—Las incluiremos entre las determinantes.

»B. *Causas determinantes.*—1.° *Fisiológicas.*— El trabajo de la primera denticion va acompañado de un estado congestivo de la cabeza y de una irritacion de las encias, que en ocasiones producen el eczema, el impétigo de las orejas, de la cara y del cuello. Sabido es que en esta época de la vida suelen observarse manchas eritematosas ó aun erisipelatosas, conocidas por el vulgo con el nombre de *fuego de la denticion*. Sin embargo, conviene no atribuir á este trabajo fisiológico fenómenos que muchas veces dependen de causas esternas, como la falta de limpieza, el contacto de pañales demasiado ásperos, de la orina, de las materias fecales, etc. Billard (*Traité des malad. des enfants*, p. 117; París, 1833), y Trousseau (*Des feux de dents et des gourmes* en el *Journ. des conn. médico-chirurg.*, núm. de julio. 1842).—

De l'erisypele chez les enfants à la mamelle, en el *Journ. de méd.*, número de enero, 1844), han demostrado cuánto influyen estas últimas causas.

»El trabajo fisiológico que preside al desarrollo del sistema piloso, es en nuestro concepto una causa muy importante, cuyo influjo se ha desconocido completamente; pues cualquiera diria que ni aun lo han sospechado los autores.

»El eczema y el impétigo de la piel del cráneo que se observan en los niños, y que algunos médicos designan todavia con el nombre genérico y poco científico de *usagre*, atribuyéndolos á alteraciones internas y generales, al vicio herpético (Duchesne-Duparc, ob. cit.); en el mayor número de casos no son á nuestro modo de ver otra cosa que un resultado de la exageracion del trabajo fisiológico que se verifica en los bulbos pilosos.

»Lo mismo sucede con el acne que se presenta en el menton de los jóvenes hácia la época de la pubertad; pues vemos que sus pústulas se desarrollan en los puntos que deben ocupar los pelos, los cuales aparecen en medio de ellas. Nosotros hemos visto individuos, cuyos pelos todos iban de este modo precedidos de la presentacion de una pústula, y que despues de haber tenido la cara cubierta de granos, á veces por muchos años, se vieron enteramente libres de tal incomodidad, tan pronto como se completó la evolucion de la barba y de las patillas.

»Se han atribuido muy á menudo y sin razones suficientes á la masturbacion (Gibert, loc. cit., p. 25) acnes que no reconocian otra causa que la que acabamos de indicar.

»Otros hechos hay que confirman tambien las ideas que acabamos de emitir, como el de que en ciertas personas se desarrollan pústulas de acne al nivel de cada pelo por la sola accion de la navaja de afeitar.

»No nos cansaremos de inculcar las proposiciones precedentes, pues fácilmente se comprenderá la importancia que tienen, recordando lo que se ha escrito sobre las causas y naturaleza del usagre, el peligro de hacerlo desaparecer, etc.

»2.º *Causas higiénicas.*—A. *Circunfusa.*— Una temperatura muy subida puede producir inmediatamente una erupcion cutánea. La accion del sol es una causa bastante frecuente así del eczema como del liquen; y ya hemos dicho que la elevacion de temperatura fue al parecer la que determinó la dermatosis 17 veces entre 79. Lo mismo sucede con respecto á los polvos irritantes esparcidos en la atmósfera (véase *Profesiones*). Muchos casos hemos visto en que el eczema y el impétigo dependian de la esposicion á una corriente de aire frio y húmedo: una mujer que caminaba en diligencia, y cuya cabeza estuvo espuesta toda la noche al contacto de este agente, por estar roto un cristal, apareció por la mañana con toda la cara cubierta de un eczema (L. Fleury).

»No hablaremos del *contagio* que produce el sarampion, la escarlatina, las viruelas, la sarna y el favus; pues entre las dermatosis propiamente dichas no hay ninguna que se trasmita de este modo. Tampoco reinan en forma *epidémica* ó *endémica*, lo que no sucede en el sarampion, la escarlatina y las viruelas, que son muchas veces epidémicas; y en la elefantiasis de los árabes, la de los griegos, el molluscum, la pelagra y la pústula de Alepo, que se hallan casi esclusivamente limitadas á ciertos paises.

»B. *Applicata.*— Los vestidos demasiado apretados (ligas, lazos, etc), las telas de lana y las pieles aplicadas inmediatamente sobre la piel, producen con bastante frecuencia las dermatosis. Nada mas comun que ver erupciones producidas por cosméticos de mala naturaleza, que contengan sales de mercurio, de plomo, etc. El eczema, el impétigo y la psoriasis de las manos y brazos han dependido en 7 casos de 79 de la inmersion de las estremidades superiores en agua jabonosa demasiado caliente, en la de javelle, etc.

»C. *Ingesta.*—Las afecciones exantemáticas (eritema urticaria) pustulosas ó aun escamosas (Lorry) son á veces producidas por la ingestion de alimentos acres, ahumados, salados é irritantes; por la de hongos, vinagre, pepinos en adobo, de vino (Lorry), de ciertos pescados ó mariscos (almejas, cangrejos de mar, ostras, gámaros etc.), de sustancias de mala calidad y averiadas (Alibert). Algunas veces es inesplicable la accion de los ingesta, pues se han visto erupciones ocasionadas por el uso de la miel, de las almendras, fresas, frambuesas (Cazenave y Schedel), manzanas, arroz, y por el de la harina de avena (Lorry, loc. cit., p. 37).

»D. *Percepta.*—Las emociones morales vivas, como la cólera, el dolor, la alegria y el miedo, son causas determinantes, cuya accion se halla al parecer demostrada. Alibert Gibert (loc. cit., p. 26) y Biett (Cazenave y Schedel loc. cit., p. 54) refieren algunos hechos de este género, cuyo valor seria dificil negar. Cazenave ha mencionado recientemente dos ejemplos de herpes circinnatus é iris y de impétigo, ocasionados por una emocion moral intensa (*Annales des mal. de la peau*, números de marzo y julio 1844).

»*Gesta.*—Todas las causas predisponentes de este género pueden hacerse determinantes, y ya las hemos dado suficientemente á conocer.

3.º *Causas patológicas.*—*Aplicaciones esternas.*—Son muy numerosas y frecuentes estas causas de las erupciones cutáneas; pues nada mas comun que ver un eczema, un herpes, un impétigo, y mas rara vez una psoriasis, desarrollarse á consecuencia de la aplicacion de sinapismos, vejigatorios (L. Fleury), de los emplastos de pez de Borgoña (Cazenave, *Annales des mal. de la peau*, número de febrero, 1844), de los cauterios, ó de un tópico ir-

ritante cualquiera, y aun á veces, de un simple pedazo de tafetan gomado (L. Fleury); de fricciones con pomadas, ungüentos ó linimentos irritantes, franelas, cepillos (L. Fleury), con la pomada cetrina ó mercurial; del uso de los baños de mar (Cazenave y Schedel), ó de las aguas minerales escitantes (L. Fleury).

»Hemos procurado averiguar, si existe alguna relacion entre la naturaleza de la causa esterna y la clase de la enfermedad que produce; y aunque no hemos obtenido resultados concluyentes, creemos poder decir, que las causas que obran con intensidad sobre un punto circunscrito de la piel (vejigatorio, cauterio, sinapismos, fricciones, inmersion en un líquido irritante, etc.), ocasionan mas bien el eczema ó el impétigo; mientras que las que ejercen su accion sobre toda la cubierta cutánea (esposicion á una temperatura elevada, á los polvos irritantes, etc.) determinan especialmente la psoriasis.

»B. *Medicamentos internos.*—La administracion del bálsamo de copaiba, de la belladona, de la cubeba, de los aromáticos, sodoríficos y aceites esenciales, produce á veces erupciones exantemáticas ó vesiculosas.

»C. *Enfermedades.* — Independientemente del lupus, que nosotros consideramos como un síntoma de las *escrófulas*, el impétigo se presenta las mas veces, segun Cazenave, bajo la influencia de estas causas.

»La *sífilis constitucional* es, como nadie ignora, la causa de una clase entera de enfermedades cutáneas.

»La *gota*, el *reumatismo* (Ludwig, Lorry, Pouteau, Rayer) y el *escorbuto*, se consideran tambien como causas de las dermatosis; pero no hay á nuestro parecer *prueba* alguna que apoye semejante opinion.

»Lorry, Darwin, S. Plumbe, Cazenave y Schedel y otros muchos autores, conceden una influencia muy considerable á las *enfermedades crónicas del tubo digestivo*; pero Rayer combate estas ideas, á las que se oponen tambien nuestras propias observaciones.

»Las mas veces; dice Rayer (loc. cit. p. 30), se halla enteramente sano el aparato digestivo en los que padecen inflamaciones crónicas de la piel; y aun cuando fuera mas frecuente encontrar la coincidencia de las flegmasias cutáneas con las afecciones del estómago, del hígado ó del bazo, no por eso podria deducirse que las primeras eran simpáticas de las últimas, puesto que pueden resultar de una misma causa. En resumen, si bien es incontestable que ciertos alimentos ó medicamentos introducidos en los órganos digestivos, y algunas afecciones gastro-intestinales, son capaces de ocasionar diversas erupciones cutáneas; tampoco está menos demostrado que la escuela galénica, y en estos últimos tiempos la fisiológica, han exagerado esta influencia, la una atribuyendo á las alteraciones de la bilis, y la otra á la escitacion del estómago, resultados en que no puede probarse tengan habitualmente una parte activa.»

»Reproducimos este pasage, porque lo creemos conforme á la verdad, y porque refuta una opinion acreditada, que nos parece perjudicial á la sana terapeútica de las enfermedades de la piel (v. TRATAMIENTO).

»Entre las 79 observaciones recogidas por uno de nosotros, la *coincidencia* de una gastro-enteritis crónica existia únicamente 4 veces, hallándose en los demas casos perfectamente sano el tubo digestivo.

»Las enfermedades del *bazo*, de los *riñones* y de los *órganos respiratorios*, no tienen ninguna influencia demostrada en la produccion de las dermatosis; pero no sucede enteramente lo mismo con las del *hígado*.

»Ninguna relacion apreciable existe entre las enfermedades de la piel y los trastornos de la menstruacion y las *flores blancas*; los *herpes lácteos* han perdido ya todo su crédito en la opinion de los observadores severos é instruidos.

»Las dermatosis se desarrollan muchas veces sin causa alguna apreciable ó por causas esternas muy leves. En los casos de este género no hay duda que es preciso admitir una *predisposicion* cuya naturaleza ignoramos; pero creemos que es mas lógico atribuirla á las condiciones individuales de la piel del enfermo, que á una alteracion general, un vicio, un virus, cuya existencia no está demostrada, ni es necesario admitirla hipóteticamente.

»TRATAMIENTO.—No queremos imitar á Rayer, ocupándonos aquí detenidamente de cuantos medicamentos se han empleado contra las dermatosis; pues seria esponernos sin utilidad alguna á numerosas repeticiones. En este artículo de patologia general solo nos ocuparemos de las principales indicaciones terapeúticas de las afecciones cutáneas.

»Deberán respetarse en ciertos casos las dermatosis? habrá algun peligro en hacer que desaparezcan? Esta cuestion se ha resuelto de dos diferentes modos.

»Los que admiten la existencia del virus herpético, y consideran los fenómenos morbosos cutáneos como resultado de los esfuerzos depuradores de la naturaleza, creen que conviene muchas veces respetar las dermatosis, sobre todo el usagre de los niños. Duchesne-Duparc (loc. cit., p. 23-24) quiere que en lugar de combatirlas se favorezca «el trabajo de eliminacion establecido por la naturaleza, y que mantenido en sus justos límites es mucho mas á menudo un medio de purificacion y de salud, que una causa de aniquilamiento y de peligro.» De esta opinion participan muchos prácticos.

»Por nuestra parte creemos que este es un error de que son víctimas muchos niños, y al que no podemos menos de oponernos con todas nuestras fuerzas.

»Haciendo abstraccion de toda teoria patogénica, se halla demostrado por la observacion, que jamás debe respetarse una dermatosis por

sí misma, y que nunca hay peligro alguno en hacer que desaparezca por medio de un tratamiento racional, cuando es reciente y aguda.

»Cuando una inflamacion aguda de la piel (eczema, herpes, impétigo) sobreviene durante el curso de una afeccion interna, puede ser útil respetarla por algun tiempo ó aun favorecer su desarrollo, únicamente por la razon de que la flegmasia espontánea de la piel obra como revulsivo, y del propio modo que una inflamacion cutánea artificial, producida por un sinapismo, vejigatorio etc. Trousseau establece perfectamente este punto, y advierte con razon, que aun en semejantes casos es preciso limitar la dermatosis, sin permitir que invada superficies demasiado considerables, ni que dure mucho tiempo (*Des feux de dents et des gourmes*, en el *Journ des conn. med-chir*, número de julio, 1842).

»Alibert y Cazenave han visto algunos enfermos que se libraban de tener accesos de asma, de gota etc., mientras les duraba un eczema ó cualquier otra afeccion de la piel, y que padecian accidentes graves tan pronto como desaparecia la dermatosis, siendo evidente que en tales circunstancias «es prudente abstenerse de curar una enfermedad esterna, que en último resultado tiene pocos inconvenientes, al paso que la enfermedad primitiva vá acompañada de un peligro mas ó menos considerable.» (Trousseau, loc. lit.)

»En las afecciones crónicas de la piel importa mucho tener en cuenta la division que mas arriba dejamos establecida.

»Las dermatosis que no van acompañadas de ninguna secrecion (psoriasis) pueden curarse en todas sus épocas, cualquiera que sea su grado de intensidad; pero no sucede lo mismo en las dermatosis con secrecion, pues cuando son antiguas, se hallan en el mismo caso que los vejigatorios ó cauterios que se han convertido en un emuntorio habitual, siendo muchas veces espuesto suprimirlas *repentinamente*. Entonces pues conviene combatir de un modo parcial la afeccion cutánea en cortas superficies, de modo que desaparezca gradualmente, administrando al mismo tiempo algunos purgantes ó aplicando un vijigatorio, que deberá suprimirse á su vez, despues que desaparezca completamente la dermatosis.

»Lo que acabamos de decir sobre las afecciones crónicas de la piel concurre tambien; á demostrar lo peligrosas que son las doctrinas patogénicas que hemos combatido. Los que guiados por ideas hipotéticas, consideran el desarrollo de una dermatosis como un fenómeno de purificacion, respetan la enfermedad en el estado agudo, es decir, cuando puede tratarse, no solo sin inconvenientes, sino tambien con ventajas, y la combaten cuando pasa al estado crónico, en el que no deja de ser peligrosa su desaparicion.

»Al proceder al estudio de la terapeútica general de las afecciones de la piel, se presenta desde luego una cuestion muy importante. »Será preferible la medicacion interna á la esterna? «Convienen en todos los casos los medios locales? Bastan las aplicaciones esternas para conseguir la curacion (Cazenave y Schedel)?

»Muchos médicos responden por la negativa á estas últimas cuestiones.

»*Medicacion interna.*— Los autores que con los antiguos, especialmente con la escuela galénica, atribuyen todavía las enfermedades de la piel á un *virus*, á una *alteracion de los humores ó de la sangre*, quieren que se recurra siempre á un tratamiento interno para combatir el *vicio herpético*, y prescriben los *depurativos*, en cuya clase enumeran las achicorias, la bardana, la fumaria, la genciana, el pensamiento, la dulcamara, la zarzaparrilla, el lúpulo, los amargos, los tónicos, los sudoríficos, los purgantes, los diuréticos, etc. (v. Gibert, obr. cit., p. 37 y sig.)

»Tambien respecto de este punto nos vemos precisados á combatir la opinion comun, diciendo que no existen hechos *bien observados*, *que demuestren* la utilidad del tratamiento interno ó el peligro de no usarlo, *en cuanto á la causa próxima* de la dermatosis. No se infiera sin embargo de estas palabras, que desechemos completamente la medicina interna del tratamiento de las enfermedades cutáneas; pues creemos por el contrario, que es necesario recurrir á ella en casos bastante numerosos, que pueden reducirse á los siguientes.

»1.º Cuando sobreviene una dermatosis en un individuo debilitado, de mala constitucion, escrofuloso, atacado de sífilis constitucional, de escorbuto, etc., es útil, y muchas veces indispensable para curar la afeccion cutánea, emplear un tratamiento interno contra la afeccion general; pero esta no es mas que una complicacion, y la conducta del práctico en nada difiere de la que debe observar en todos los casos en que existen en un mismo individuo dos afecciones que influyen mas ó menos una sobre otra. Deberán pues usarse los amargos, los marciales, los tónicos, los específicos, etc., segun las circunstancias

»2.º Cuando una enfermedad cutánea es antigua ó resiste á los medios locales, conviene prescribir los purgantes, los diuréticos, como *derivativos*, ya sea para evitar los accidentes que acompañan á veces á la desaparicion de las dermatosis crónicas, ó ya para promover en los órganos digestivos ó urinarios una irritacion, una fluxion derivativa, que favorezcan el tratamiento local; asi como en las flegmasias internas provocamos una irritacion ó una fluxion artificial en la piel, para auxiliar el método curativo de la afeccion visceral profunda.

»3.º Cuando una enfermedad cutánea, aunque no sea específica, resiste á los medios locales y á la *medicacion interna racional* que acabamos de referir, es preciso emplear una *medicacion empírica*, cuya eficacia está comprobada, aunque no conocemos su modo de

obrar; nos referimos á los *sulfurosos*, y á las preparaciones *arsenicales y de cantáridas*, que tanto valor tienen segun los dermatologos ingleses y los discípulos de Biett, especialmente Cazenave y Schedel.

»Los sulfurosos, que por mucho tiempo se han considerado como *específicos* de las dermatosis, han perdido mucha parte del prestigio de que gozaban desde que son mas rigurosas las observaciones médicas. «Si los sulfurosos, dicen con razon Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 70), han sido muy eficaces en ciertos casos, no solo han dejado de serlo en otros, sino que han aumentado notablemente la afeccion cutánea. El uso de estos medicamentos exige mas hábito y esperiencia de lo que generalmente se cree, y muchos prácticos continuan todavia aplicándolos sin discernimiento en un considerable número de casos en que contribuyen á agravar el mal.»

»Generalmente no son útiles los sulfurosos mas que en las afecciones cutáneas crónicas.

»Sin negar de ningun modo las ventajas que se han obtenido de las preparaciones *arsenicales* y de *cantáridas*, que algunas veces son un *medio heróico*, y sin querer atribuirles una influencia funesta sobre la economía, pues sabemos que dirigidas por una mano hábil y prudente, pueden administrarse sin temor de que sobrevengan accidentes graves, no vacilamos en afirmar, que el uso de estos medicamentos no carece siempre de inconvenientes, y que se ha estendido con exageracion, aplicándolo en un sinnúmero de casos en que remedios locales, mucho mas inofensivos, habrian procurado una curacion mas rápida é igualmente duradera.

»La psoriaris es una de las enfermedades de la piel contra la cual se han recomendado y prescrito mas frecuentemente los medicamentos de que hablamos; pero uno de nosotros ha demostrado, que pueden reemplazarse con ventaja por un tratamiento puramente esterno (L. Fleuri, mem. cit.)

»Creemos estar de acuerdo con las leyes de la observacion y de una sana práctica al afirmar, que las preparaciones de arsénico y de cantáridas solo deben usarse en las enfermedades de la piel que hayan resistido á todos los medios prescritos por la terapeútica racional.

»*Medicacion esterna*. Contra la autoridad de Lorry, y con mas energia que los dermatólogos contemporáneos, proclamamos los medicamentos esternos como los remedios mas eficaces, mas seguros y rápidos, que pueden oponerse á las enfermedades de la piel. ¿Y cómo podria ser de otra manera? Cómo una clase de remedios que obran directa é inmediatamente sobre una afeccion que en el mayor número de casos se desarrolla bajo la influencia de una causa local, no ha de producir la curacion mejor que los remedios indirectos? La medicacion esterna se emplea en la actualidad mucho mas que algunos años hace; pero nadie le ha dado lugar tan preferente en el tratamiento de las enfermedades de la piel, como el profesor Emery, en cuyas salas hemos tenido ocasion, durante muchos años, de comprobar sus buenos resultados. Este médico ha hecho un servicio importante á la terapeútica, librándola del yugo de una vana y fastidiosa farmacopea, para traerla de nuevo á un método sencillo y racional.

»La medicacion esterna varia esencialmente, segun que la enfermedad es crónica ó aguda, y por lo tanto vamos á enumerar rápidamente las indicaciones que se refieren á cada una de estas formas.

»*Dermatosis agudas*. Reclaman un tratamiento antiflogístico severo; se prescribirán las emisiones sanguíneas locales, procurando aplicar las sanguijuelas hácia los límites de la superficie enferma; los emolientes en forma de baños, de cataplasmas, de lociones ó de pomadas.

»A propósito del tratamiento esterno debe recordarse especialmente lo que digimos sobre los sulfurosos, y es que los médicos consideran con demasiada frecuencia estas preparaciones como un remedio universalmente provechoso, y recurren á ellas en las flegmasias agudas de la piel, agravándolas con el uso intempestivo de sustancias irritantes, que no producen otro efecto que el de exasperar la inflamacion.

»*Dermatosis crónicas*. En esta forma de la enfermedad, es preciso modificar la vitalidad de la superficie afecta, y este resultado se obtiene por medio de la medicacion *perturbadora* ó *ectrótica*. Los baños ó los chorros de vapor, la fumigaciones aromáticas, sulfurosas ó mercuriales, los baños de aguas minerales de diferentes especies, los baños alcalinos ó de sublimado, los de mar, los tópicos que contienen preparaciones de azufre, de plomo, de iodo, de mercurio ó de brea; los vejigatorios aplicados *loco dolenti*, las cauterizaciones, etc., forman la base de estas dos medicaciones.

»Naturaleza y asiento. Siguiendo Hereau (*Des parasites cutanes chez l'homme*; París 1842.) el ejemplo de Rivin, refiere todas las afecciones cutáneas á la presencia de insectos vivos en el cuerpo del hombre; pero esta opinion no necesita refutarse.

»Rayer considera todas las dermatosis como flegmasias cutáneas. En el estado actual de la ciencia no es posible sostener esta generalizacion. Las afecciones vesiculosas y pustulosas, y acaso las papulosas, son muy probablemente cutitis; pero los exantemas no son tal vez sino congestiones, y se ignora completamente la naturaleza de las enfermedades escamosas.

»En cuanto al asiento de las dermatosis, no podemos hacer mas que repetir lo que digimos en el párrafo consagrado á las alteraciones anatómicas.

»Clasificacion. No fatigaremos al lector con la esposicion de las numerosas clasificaciones á que se ha sometido las enfermedades de la piel; porque espondriamos su paciencia á una dura

prueba sin compensacion alguna. Nos contentaremos con indicar las de los principales dermatólogos modernos.

»*Clasificacion de Alibert.* Este autor divide las enfermedades de la piel en doce grupos, que comprenden 48 géneros, y un número infinito de especies; hé aquí su clasificacion.

»Grupo I. *Dermatosis eczematosas.*

»Géneros: 1, eritema;—2, erisipela;—3, pénfigo;—4, zoster;—5, flisacea;—6, cnidosis;—7, epinictides;—8, oloflictides;—9, oflictides;—10, piro-flictides;—11, carbunco;—12. furúnculo.

»Grupo II. *Dermatosis exantemáticas.*

»Géneros: 1, viruelas;—2, vacuna;—3, morriña;—4, varicela;—5, nirle;—6, roseola;—7, sarampion;—8, escarlatina;—9, miliar.

»Grupo III. *Dermatosis tiñosas.*

»Géneros: 1, acora;—2, porrigo;—3, favus;—4, tricoma.

»Grupo IV. *Dermatosis herpéticas.*

»Géneros: 1, herpes;—2, varus;—3, melitagra;—4, estiomeno.

»Grupo V. *Dermatosis cancerosas.*

»Géneros: 1, carcina;—2, keloides.

»Grupo VI. *Dermatosis leprosas.*

»Géneros: 1, leuce;—2, spiloplaxia;—3, elefantiasis;—4, radesige.

»Grupo VII. *Dermatosis virulentas.*

»Géneros: 1, sífilis;—2, micosis.

»Grupo VIII. *Dermatosis estrumosas.*

»Géneros: 1, escrófulas;—2, lamparones.

»Grupo IX. *Dermatosis escabiosas.*

»Géneros: 1, sarna;—2, prurigo.

»Grupo X. *Dermatosis hematosas.*

»Géneros: 1, peliosis;—2, petequias.

»Grupo XI. *Dermatosis discromatosas.*

»Géneros: 1, paño;—2, acroma.

»Grupo XII. *Dermatosis heteromorfas.*

»Géneros: 1, ictiosis;—2, tilosis;—3, verruga;—4. onigosis;—5, dermatolisis;—6, nevos.

»A esta clasificacion la condecora Alibert con el nombre de natural. No reproduciremos todas las consideraciones que se han espuesto para demostrar cuan usurpado es este título; bastarán solo algunas palabras.

»Alibert clasifica entre las enfermedades de la piel, no solo las afecciones que nosotros hemos colocado aparte, sino tambien el *carbunco*, el *furúnculo*, el *cáncer*, las *escrófulas*, los *lamparones*, etc.; aleja el *zoster* del *herpes*, y acerca el *impétigo* al *estiomeno* (lupus); separa enfermedades idénticas porque tienen asiento diferente, y reune otras que no ofrecen ningun punto de contacto. Su clasificacion se apoya únicamente en circunstancias variables y de poca importancia, como son: la causa mas ó menos probable de la enfermedad, el color de la parte afecta, el modo de propagarse la erupcion, el género de sensacion que esperimenta el enfermo, etc.

»*Clasificacion de Willan.*—Willan ha tomado por base en su clasificacion las lecciones anatómicas elementales y primitivas que caracterizan las diversas afecciones cutáneas, y formado el cuadro siguiente.

»Orden I. *Papulas.*

»Géneros: 1, estrófulus;—2, liquen;—3, prurigo.

»Orden II. *Escamas.*

»Géneros: 1, lepra;—2, psoriasis;—3, pitiriasis;—4, ictiosis.

»Orden III. *Exantemas.*

»Géneros: 1, rubeola;—2, escarlatina;—3, urticaria;—4, roseola;—5, púrpura;—6, eritema.

»Orden IV. *Ampollas.*

»Géneros: 1, erisipela;—2, pénfigo;—3 ponfolix.

»Orden V. *Pústulas.*

»Géneros: 1, impétigo;—2, porrigo;—3, ectima;—4, viruelas;—5, scabies.

»Orden VI. *Vesículas.*

»Géneros: 1, varicela;—2, vacuna;—3, herpes;—4, rupia;—5, miliar;—6, eczema;—7, aftas.

»Orden VII. *Tubérculos.*

»Géneros: 1, fima;—2, verruga;—3, *molluscum*;—4, vitiligo;—5, acne;—6, sicosis;—7, lupus;—8, elefantiasis;—9, frambœsia.

»Orden VIII. *Manchas.*

»Géneros: 1, efelis;—2, nœvus;—3, spilus.

»Dos especies de censuras se han dirigido á Willan; por una parte se ha atacado la base de su clasificacion, y por otra la distribucion que ha adoptado. Nos ocuparemos de la primera objecion cuando hayamos dado á conocer las demas clasificaciones, que apenas se diferencian de la de Willan mas que en ligeras modificaciones.

»Willan falta á las leyes de su propia clasificacion, colocando la púrpura entre los exantemas, la erisipela en las ampollas, y el sicosis en los tubérculos: el lupus no es una afeccion tuberculosa.

»*Clasificacion de Biett.*—Este autor acepta el principio fundamental de la clasificacion de Willan; pero hace algunos cambios en la colocacion y el número de los órdenes, asi como en la distribucion de los géneros. Hé aquí la clasificacion que ha propuesto, y que adoptan Cazenave y Schedel.

»Orden I. *Exantemas.*

»Géneros: 1, eritema;—2, erisipela;—3, roseola;—4, sarampion;—5, escarlatina;—6, urticaria.

»Orden II. *Vesículas.*

»Géneros: 1, miliar;—2, varicela;—3, eczema; 4, herpes;—5, sarna.

»Orden III. *Ampollas.*

»Géneros: 1, penfigo; 2, rupia.

»Orden IV. *Pústulas.*

»Géneros: 1, viruela;—2, vacuna;—3, ectima;—4, impétigo;—5, acne;—6, mentagra;—7, porrigo.

»Orden V. *Papulas.*
»Géneros: 1, liquen;—2, prurigo.
»Orden VI. *Escamas.*
Géneros: 1, lepra;—2, psoriasis;—3, pitiriasis;—4, ictiosis.
»Orden VII. *Tubérculos.*
»Géneros. 1, elefantiasis de los griegos;—2, molluscum;—3, frambœsia.
»Orden VIII. *Manchas.*
»Géneros: *a. Coloraciones*; —1, color bronceado;—2, efelides;—3, nœvi;—*b. Decoloraciones*;—1, albinismo;—2, vitiligo.
»Orden IX. *Lupus.*
—— X. *Pelagra.*
—— XI. *Grano de Alepo.*
—— XII. *Sifilides.*
—— XIII. *Púrpura.*
—— XIV. *Elefantiasis de los árabes.*
—— XV. *Keloides.*

»*Clasificacion de Gibert.* — Proponiéndose este autor no estudiar otra cosa que las *enfermedades especiales* de la piel, reduce el cuadro trazado por Biett á los límites siguientes.
»Orden I. *Exantemas.*
»Géneros: 1, urticaria;—2, roseola;—3, eritema.
»Orden II. *Ampollas.*
»Géneros: 1, penfigo;—2, lupia.
»Orden III. *Vesículas.*
»Géneros: 1, sarna;—2, herpes;—3, eczema.
»Orden IV. *Pústulas.*
»Géneros: 1, ectima;—2, acne;—3, impétigo;—4, tiña.
»Orden V. *Papulas.*
»Géneros: 1, prurigo;—2, liquen.
»Orden VI. *Escamas.*
»Géneros: 1, ictiosis;—2, psoriasis;—3, lepra.
»Orden VII. *Tubérculos.*
»Géneros: 1, herpes corrosivo;—2, elefantiasis de los griegos;—3, elefantiasis de los árabes;—4, keloides.
»Orden VIII. *Manchas.*
»Géneros: efelides;—2, nævus;—3, púrpura.

»Prescindiendo de las observaciones patológicas que sugiere esta clasificacion, es preciso notar que el herpes corrosivo (lupus), la elefantiasis de los árabes y la keloides, no son afecciones tuberculosas, y que la púrpura no puede tampoco considerarse como constituida por simples manchas.

»Las clasificaciones de Willan, de Biett, de Cazenave y Schedel, y la de Gibert, tienen un vínculo comun, porque se apoyan en la existencia de lesiones elementales primitivas y constantes en cierto número de enfermedades cutáneas, reunidas por esta razon en un mismo órden. Esta base, establecida por Willan, ha sufrido muchos y fuertes ataques (véase Pagett, *Essai sur les avantages de la methode naturelle comparée avec la clasification artificielle dans l'étude des maladies de la peau*; en la *Revue médicale*; número de mayo, 1833.—Girou de Busareingues, *Journal complem.*, t. XXXIV, página 141. S. Plumbe, *On the diseases of the skin*; Lóndres, 1833.—Dauhergne, *Histoire de l'inflamm. dartreuse*, etc., tésis de París, número 324; 1833), pudiendo reasumirse del siguiente modo las principales objeciones que contra ellas se han dirigido.

»La lesion considerada como elemental ó primitiva no es muchas veces sino secundaria, porque el desarrollo de la vesícula ó de la pústula, va precedido de una mancha exantemática.

»Las lesiones consideradas como características no pueden servir de base á una clasificacion, porque se transforman unas en otras; de modo que una vesícula se convierte en pústula y una pústula en tubérculo.

»Las lesiones elementales conservan muy poco tiempo su caracter primitivo: ¿cómo, pues, se ha de fundar una clasificacion sobre formas fugaces, y que es casi siempre imposible comprobar?

»Las vesículas y las ampollas estan constituidas por una misma lesion elemental, y solo existe entre ellas una ligera diferencia de dimensiones» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 305 y sig.).

Por nuestra parte, y con el único objeto de esponer á continuacion la historia de aquellas dermatosis que no pertenecen casi esclusivamente á la patologia esterna, hallándose por lo tanto descritas en el lugar correspondiente de esta obra, y que tampoco deben considerarse como simples efectos de una enfermedad general, segun acontece con las viruelas, el sarampion, etc., de que trataremos en la clase de las calenturas y demas afecciones generales, adoptamos la siguiente clasificacion:

Género 1.º *Exantemas.*
Eritema: roseola: urticaria: erisipela.
Género 2.º *Vesículas y ampollas.*
Eczema: herpes: penfigo: rupia: sarna.
Género 3.º *Pústulas.*
Ectima; impétigo; acne; mentagra.
Género 4.º *Papulas.*
Liquen; prurigo.
Género 5.º *Escamas.*
Psoriasis; pitiriasis; ictiosis.

En seguida trataremos de la elefantiasis de los griegos y de los árabes, de la pelagra, de la púrpura y del lupus.

»Historia y bibliografia.—Se han entablado largas y fastidiosas discusiones, para determinar el sentido preciso de los pasages que en los autores antiguos se refieren á las enfermedades de la piel (véase Sarna, Psoriasis, etc.); pero han sido estériles los esfuerzos de los comentadores, y no podia suceder de otra manera. «Descifrar enteramente la sinonimia de los antiguos es una empresa imposible, dice con razon Martins (*Des principes de la methode naturelle, appliquées à la clasification des maladies de la peau*; Tésis de París, núm. 216,

p. 29; 1834). En efecto, aplicaron evidentemente unas mismas denominaciones á diferentes enfermedades, y son sus descriciones tan oscuras, insuficientes y vagas, que no se puede afirmar á que clase de alteracion corresponden.

»Hipócrates emplea las espresiones de λεπρα, de ερπυς, de ψωρα, de λειχηνες, de εξανθηματα, (lib. *De afec.*, sec. III; *Epidem.*, l. III; *Prœdic.*, l. III; *Aphor.*, sec. III, IV); pero estudia solo las erupciones que se manifiestan en el curso de ciertas enfermedades internas, como por ejemplo en las fiebres graves; y la pretension que tienen algunos de que las palabras λεπρα y ψωρα, designan las afecciones pustulosas y escamosas (*liquen*, *prurigo*, *psoriasis*, *pitiriasis*, *ictiosis*); la de otros de que la palabra ψωρα se refiere á la sarna; la de aquellos que creen que la denominacion de ψωρα ó de ψωρα ελκωδης, es aplicable al eczema y al impétigo, como la de los que opinan que á este último le denomina λειχηνες, constituyen otras tantas hipótesis injustificables.

»Segun Cazenave y Schedel, Hipócrates no conocia mas que tres clases de afecciones cutáneas, que designaba con las palabras de ψωρα, de λεπρα y de λείχηνες, considerándolas como grados diferentes de una misma enfermedad, de la cual formaba el λειχηνες, la variedad mas ligera y el λεπρα la mas grave: la palabra εξανθημα vendria á ser un término genérico para designar toda especie de enfermedad eruptiva; y en cuanto al término ερπης, no es fácil indicar con esactitud la afeccion á que corresponde (ob. cit., p. 19).

»Sea de ello lo que quiera, repetiremos con Gibert (loc. cit., p. 5), que Hipócrates menciona en diversos puntos de sus obras muchas enfermedades cutáneas; pero las describe demasiado sucintamente para que puedan aplicarse con seguridad los nombres que usa á tal ó cual forma determinada, descrita con títulos análogos ó diferentes por los autores que le sucedieron.

»Celso estudia las enfermedades de la piel como individualidades morbosas, y describe con bastante esactitud el liquen simple y agrius (*De re medica*, l. V, cap. XXVIII; de *Papulis*). Bajo el nombre de impétigo habla, segun unos del psoriasis, segun otros del eczema. No es cierto que la descripcion del scabies sea la de la sarna. Bajo los nombres de favi, acores y porrigo, indica Celso (lib. VI) las diferentes enfermedades de la piel del cráneo; pero es imposible deslindar en su descripcion lo que pertenece al pitiriasis, al eczema, al impétigo ó al porrigo; con el nombre de sicosis describe una afeccion que tiene su asiento en la barba ó la piel del cráneo; Willan cree que esta descricion se refiere á la enfermedad á que ha conservado el nombre de sicosis (mentagra); pero otros autores lo niegan, apoyándose en que esta última afeccion no se conoció en Roma hasta el año 37 de la era cristiana, es decir, setenta años lo menos despues de Celso (Dauvergne, ***Histoire de l'inflamation dartreuse, suivie de l'historique des dartres***; tésis de París, número 324, p. 55; 1833).

»Galeno admite tres especies de herpes, que supone toman su orígen en la bilis amarilla: el herpes estiomeno, que parece ser el lupus; el miliar, en el cual se ha querido ver el impétigo (Dauvergne, loc. cit, p. 56), y otro que parece comprender muchas afecciones diferentes. Bajo el nombre de αχωρ y de χηριου describió Galeno, segun Rayer, el eczema y el impétigo de la piel del cráneo.

»Aecio copió á Galeno (tetrab. IV, sermo II, cap. 4); pero con todo menciona las enfermedades de la piel que sobrevienen en los niños de pecho.

»Areteo es el primero que ha dado una buena descripcion de la elefantiasis de los griegos (*De causis et signis diut. morb.*, en fólio, p. 67; 1735).

»Alejandro de Tralles solo entra en algunos pormenores relativamente á las enfermedades de la piel del cráneo, en sus capítulos de *porrigine*, de *achore* y de *favo* (lib. I, capítulos IV, VIII y IX).

»Pablo de Egina, en un capítulo titulado de *lepra et scabie* (cap. II), indica de la manera siguiente las diferencias que existian entre las afecciones denominadas de este modo: «Verum »lepra per profunditatem corporum cutem de»pascitur orbiculatione modo, una cum hoc »quod squamas piscium squamis similes dimit»tit. Scabies autem magis in superficie haeret »et varie figurata est, et furfuracea corpuscula »remittit.» En el capítulo IV describe el prurigo de los viejos; los capítulos VIII, IX y X (de *pustulis*; de *pustulis nocturnis*, de *papulis sive de bullis*) solo ofrecen descripciones muy oscuras.

»Los árabes no añadieron nada á la historia de las enfermedades de la piel, y aun la embrollaron mucho cambiando el sentido de las denominaciones usadas por los griegos y latinos, y dando un inmenso desarrollo á una farmacopea empírica é inútil. No obstante, débeseles la descripcion del sarampion, de las viruelas, y de la enfermedad de las Barbadas (elefantiasis de los griegos), y no falta quien pretende hallar en Abenzoar la indicacion del acarus scaviei.

»Durante la edad media se introdujo una deplorable confusion en el estudio de las enfermedades de la piel; la palabra lepra llegó á ser un término genérico que se aplicó indistintamente á todas las afecciones cutáneas graves, cualesquiera que fuesen su forma y naturaleza, perdiéndose enteramente de vista las descripciones trazadas por los latinos y los griegos.

»La época del renacimiento ejerció una influencia favorable en la dermatologia; Leonicenus (*De epidemia quam Itali morbum gallicum vocant*, 1497) se esforzó en asignar caractéres distintos á las afecciones venéreas, á la elefantiasis de los griegos y á la de los árabes, y en fijar la significacion de las denomi-

naciones de lepra, liquen, impétigo y papula.

»En 1585 publicó Mercurialis (*De morbis cutaneis*: Venecia, 1835) un tratado, en el cual se encuentran descripciones bastante esactas: la del favus apenas deja que desear.

»Hafenreffer (Η*ανδοχειον αιολοδερμον*, *in quo cutis affectus omnes traduntur*; Tubing., 1630), conoció la necesidad de establecer una sinonimia de las enfermedades de la piel, y si no siempre fue feliz en sus correspondencias, no por eso dejan de ser dignos de elogio sus esfuerzos. A este autor se debe la primera descripcion del insecto de la sarna.

»Los autores modernos son los que en realidad han dado impulso al estudio metódico de las afecciones de la piel. Turner comenzó la série de los dermatólogos (*A. treatise of diseases incident to the skin*; Lóndres, 1714), siendo el primero que describió las diversas especies de herpes; pero Lorry y Plenck deben considerarse como los fundadores de la dermatologia. «Lorry, dice con razon Rayer, fue evidentemente superior á todos cuantos le habian precedido, y á la mayor parte de los que escribieron despues.»

»Lorry (*Tractatus de morbis cutaneis*; París, 1777) describió muy bien el liquen, el impétigo, el psoriasis y la mentagra, suministrando datos preciosos sobre la etiologia y la terapéutica de muchas afecciones de la piel.

»A Plenck (*Doctrina de morbis cutaneis*; Viena, 1776), corresponde la gloria de haber creado una clasificacion que ha servido de modelo á la de Willan.

»Este último autor (*Description and treatment of cutaneous diseases*; en 4.º, Lónd.; 1798) no ha sido escedido por ningun otro, y ha servido de norma á la mayor parte de los autores que despues se han ocupado de la piel. Ya hemos dado á conocer su clasificacion. En cuanto á sus descripciones y á su terapéutica, han sido reproducidas por todos los dermatólogos contemporáneos. La obra de Willan es todavia una de las mas útiles que puede consultarse. Bateman (*A practical sinopsis of cutaneous diseases*; Lóndres, 1813) no ha variado casi nada, y ha añadido muy poco á la obra de su maestro Willan.

»Los servicios hechos por Alibert á la dermatologia han sido estraordinariamente exagerados por sus discípulos. La clasificacion llamada natural no merece siquiera el nombre de clasificacion, y no es demasiado severo el juicio que forma de ella Martins cuando dice: «En lugar de imitar el lenguage preciso de los naturalistas, Alibert emplea un estilo lleno de imágenes y de comparaciones, brillante sí y metafórico, pero que apenas deja comprender el pensamiento del autor, en medio de los adornos que lo sobrecargan.»

»Alibert (*Precis theorique et pratique sur les maladies de la peau*; París; 1810, en 8.º; *Monographie des dermatoses*; en 4.º; París, 1832) ha escrito una novela mas bien que una obra científica; novela que no sobrevivirá á su autor, y que conserva ya muy poco crédito.

»Samuel Plumbe (*A practical treatise on diseases of the skin*; London, 1824) ataca vivamente la clasificacion de Willan, y propone otra basada en algunas consideraciones ingeniosas y esactas, pero nada añade á los conocimientos anteriores.

»En 1826 publicó Rayer la obra mas completa que poseemos sobre estas enfermedades (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*; 2 vol. en 8.º; París, 1826), á la cual dió mayor estension en otra edicion posterior (París, 1835; 3 vol. en 8.º), que ocupa el primer lugar entre los tratados de dermatologia.

»Biett ha hecho grandes servicios al estudio de las afecciones cutáneas, contribuyendo mucho á popularizarlo en Francia. Débense á este autor algunos artículos notables insertos en el *Diccionario de Medicina*. El conjunto de sus trabajos ha sido espuesto y enriquecido por sus discípulos Cazenave y Schedel (*Abregé pratique des maladies de la peau*; París, 1828); y Gibert (*Traité pratique des maladies speciales de la peau*; París, 1837).

»Hemos procurado en esta rápida ojeada fijarnos en los puntos principales de la historia de las dermatosis: quien desee pormenores mas completos, los hallará en la obra de Rayer y en la tésis de Dauvergne» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 324 y sig.).

GENERO PRIMERO.

De los exantemas.

«La palabra *exantema* se deriva Σξανθεω, *efforesco*, *erumpo*, yo hago irrupcion.

»Sinonimia.—Εξάνθημα, εξάνθησις de Hipocrátes; *Phlegmasiœ exantematicœ* de Sauvages; Exanthemata de Sagar, Cullen, Swiediaur y Frank; *Exanthematica* de Good; *Morbi exanthematici* de Linneo; *Febres exanthematicœ* de Vogel y Ludwig; *Epiphymata* de Young; dermatosis exantematosa de Alibert, y *Exantemas* de Willan, Cazenave y Schedel.

»Definicion.—Los griegos, dice Celso, designaban con el nombre genérico de *exantemas* toda especie de erupcion que elevándose mas ó menos sobre la piel, cambiaba ó no el color de los tegumentos; Lorry opina que esta palabra comprende todas las erupciones pustulosas de las que fluye algun líquido que luego suele convertirse en costras. Difícil seria justificar estas aserciones, y nos parece imposible determinar el sentido preciso que daban los antiguos á una denominacion que aplicaban á casi todas las enfermedades de la piel. Por otra parte, luego veremos que los mismos nosógrafos modernos definen y aplican de diverso modo la palabra *exantema*.

»Los exantemas, dice Sauvages (*Nosologie methodique*, en 8.º, t. III, p. 528-530), son unas

enfermedades en que la naturaleza suscita la fiebre, con el objeto de dirigir hácia la piel una materia morbosa, una especie de virus, cuyas moléculas, muy ténuas, ácres y cáusticas, irritan, inflaman, corroen, ulceran y corrompen las partes. Alibert quiso conservar esta definicion, que está ademas en relacion con la etimologia de la palabra: en su concepto los exantemas son «unas enfermedades con estadios bien marcados, que parecen provenir de una especie de fermento morboso interno, y cuyo objeto ulterior es conservar la salud del hombre» (*Monographie des dermatoses*, en 4.°, p. 28-149).

»Desechando esta definicion, fundada en doctrinas humorales muy poco demostradas, y en la existencia de *una fuerza medicatriz de la naturaleza*, que es todavia mas hipotética, no vé Pinel en los exantemas sino simples flegmasias cutáneas (*Nosographie philosophique*, t. II, p. 21), cuya opinion adoptan igualmente Rayer, Cazenave, Schedel y la mayor parte de de los autores contemporáneos: «Los exantemas, dice el primero de estos médicos (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 3), son unas *inflamaciones de la piel*, caracterizadas por la rubicundez general de este órgano, ó por manchas distintas, rojas ó rojizas, diseminadas en su superficie, que terminan por resolucion, delitescencia ó descamacion.»

»Los exantemas, dicen los segundos, son *flegmasias de la piel*, caracterizadas por una rubicundez mas ó menos viva, que desaparece momentáneamente con la presion del dedo, y por lo comun acompañadas de síntomas generales» (*Abregé pratique des maladies de la peau*, 3.ª edicion, p. 2).

»Sin negar que las afecciones incluidas por los autores que acabamos de nombrar en la clase de los exantemas, presenten muchos de los caractéres de la inflamacion, no creemos sin embargo, que puedan considerarse el sarampion y la escarlatina como simples flegmasias cutáneas, pues la patogenia de estas enfermedades es todavía demasiado oscura, para que sea posible decidirse de una manera tan absoluta como se necesita para adoptar una definicion. Preferimos pues decir, que los exantemas son enfermedades caracterizadas por unas manchas rojas, superficiales, de diversas formas, diseminadas irregularmente en el cuerpo, que desaparecen por un momento con la presion del dedo, acompañadas por lo comun de síntomas generales, que dejan entre sí intervalos de piel sana, y que terminan por resolucion, delitescencia ó descamacion.

»División.—La diversa manera con que los nosógrafos han considerado y definido los exantemas, ha hecho necesariamente que se den á esta palabra distintas acepciones: «Las enfermedades, dice Cullen (*Elements. de médecine pratique*, edic. de De Lens; París, 1819, t. II, p. 1), que los nosólogos colocan entre los exantemas, son seguramente de tres géneros distintos. Las *viruelas*, las *viruelas locas*, el *sarampion*, la *fiebre escarlatina* y la *peste*, corresponden al primer género; la *erisipela* parece pertenecer al segundo, y creo que la *miliar* y las *petequias* se refieren al tercero. Pero como no estoy bastante seguro de los hechos que pueden apoyar estas distinciones, ó ponernos en estado de aplicarlas á todos los casos, voy á tratar en este libro de casi todos los exantemas cuya enumeracion han hecho los nosólogos que me han precedido.» Cullen describe despues de las afecciones antes designadas la fiebre *urticaria*, la *vesicular* y las *aftas* (loc. cit., p. 85).

»Sauvages (loc. cit., p. 531) enumera como enfermedades exantemáticas regulares la *viruela discreta*, la *confluente*, el *pemphigus major*, el *sarampion ordinario* y el *varioloso*, la *fiebre roja*, la *escarlatina urticada*, la *miliar benigna* y la *lactea*, la *púrpura benigna*, la *erisipela rosada* y la *essera vulgar*.

»Pinel (loc. cit., t. II, p. 21-203) describe con el nombre de *flegmasias cutáneas* todas las enfermedades de la piel, confundiéndolas así en una misma clase.

»Naumann (*Handbuch der medic. klinick* bd. III, th. II, p. 353) distingue: *A*, exantemas febriles; *a*, contagiosos; *b*, no contagiosos; *B*, exantemas crónicos; *a*, contagiosos; *b*, no contagiosos; en cuyos cuatro órdenes se hallan comprendidos la escarlatina, el porrigo, la erisipela, la sarna, el sarampion y las aftas.

»Es preciso llegar á los dermatólogos de nuestra época para encontrar una definicion mas precisa, y por consiguiente una aplicacion mas limitada, de la palabra *exantema*.

»Ateniéndose Alibert (loc. cit., p. 149) como ya hemos dicho, á la etimologia de la palabra, y adoptando en parte la definicion de Cullen y Sauvages, reune en su grupo de las dermatosis exantemáticas, las *viruelas*, la *vacuna*, la *morriña*, el *varicele*, el *nirle*, la *roseola*, el *sarampion*, la *escarlatina* y la *miliar*. No considerando Willan y Bateman en el exantema mas que una flegmasia de la piel, reservaron por el contrario este nombre á las seis afecciones siguientes: el *sarampion*, la *escarlatina*, la *urticaria*, la *roseola*, la *púrpura* y el *eritema* (Bateman, *Abregé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand; París, 1820, p. 24). Biett, Cazenave, Schedel y Rayer, adoptan igualmente esta clasificacion sustituyendo no obstante la *erisipela* á la *púrpura*.

»Entre las diversas opiniones que acabamos de mencionar, es bastante dificil tomar algun partido. Numerosas é importantes consideraciones obligan al nosógrafo á reunir las viruelas al sarampion y á la escarlatina, y á separarlas de la erisipela y la urticaria. No puede satisfacer al práctico una clasificacion, que tomando por base un solo síntoma, el mas insignificante de todos por decirlo asi, reune en un mismo órden afecciones que no tienen ningun otro carácter comun, y separa otras que ofre-

cen grandes analogías patogénicas. Ya hemos dilucidado estas cuestiones con el cuidado que se merecen, al ocuparnos en las enfermedades cutáneas consideradas en general. Viéndonos en el caso de tener que aceptar en este momento alguna de las divisiones establecidas por los autores, elegiremos la que está mas admitida generalmente, y para trazar la historia de los exantemas comprenderemos con este nombre: el *eritema*, la *erisipela*, la *roseola*, el *sarampion*, la *escarlatina* y la *urticaria*, indicando los puntos de contacto y las diferencias que se encuentran entre las seis afecciones que acabamos de enumerar comparadas entre sí (1).

»Alteraciones patologicas.—La inyeccion de la red capilar de la piel es un carácter anatómico comun á todos los exantemas *cuando estan en su principio*; sin embargo, varia mucho en la estension de la superficie que ocupa y en la intensidad que presenta. Asi es que aparece débil y general en una de las formas del eritema; que se la ve ocupar únicamente puntos muy circunscritos, pero numerosos, en el eritema simple, la roseola y el sarampion; que es mas graduada y estensa en la escarlatina, y que invade superficies mayores todavía en la erisipela. En los cuatro últimos exantemas, siguiendo el órden que hemos guardado al enumerarlos, la sangre distiende los vasos; pero no sale de su cavidad, siendo asi que se infiltra algunas veces en el tejido de la piel en los casos de eritema tuberculoso y de erisipela.

»En el eritema simple, la erisipela verdadera, la roseola, el sarampion y la escarlatina, nunca se observan las alteraciones de la inflamacion propiamente dicha, no habiendo jamás otra cosa que *fluxion sanguínea* é inyeccion de los vasos capilares; en el eritema tuberculoso y en la erisipela edematosa hay *congestion de sangre*, y por último en ciertas formas de la erisipela, y solo en este exantema, puede encontrarse una verdadera flegmasia terminada por supuracion ó gangrena.

»En el eritema tuberculoso el tejido celular subcutáneo participa de la alteracion infiltrándose ligeramente; en la erisipela edematosa, y sobre todo en la flemonosa, se inflama con mas ó menos intensidad, y en todos los demas exantemas permanece completamente sano.

»En el sarampion, la escarlatina, y á veces en la erisipela, la membrana mucosa de las vias digestivas y respiratorias ofrece vestigios mas ó menos manifiestos de una flegmasia, que algunos autores han considerado como un exantema interno; pero ya discutiremos mas adelante el valor de esta opinion. Tambien se encuentran á veces en las afecciones que acabamos de indicar flegmasías serosas ó viscerales. Estas alteraciones no se observan nunca en los demas exantemas, ó cuando se encuentran, solo pueden considerarse como otras tantas complicaciones independientes de la enfermedad cutánea.

»La escarlatina, y sobre todo el sarampion, tienen una relacion notable con el desarrollo de tubérculos pulmonales, sobre lo cual volveremos á hablar cuando tratemos de las terminaciones y complicaciones de los exantemas.

»Sucede muchas veces que entre todas las alteraciones qne acabamos de enumerar, solo se encuentra la inyeccion de los capilares cutáneos; de modo qne no es posible esplicar la muerte por la anatomía patológica. «El exámen cadavérico de los individuos que han sucumbido al principio de un exantema ó durante su curso, dicen Cazenave y Schedel, no nos da las mas veces sino resultados insignificantes» (loc. cit., p. 3).

»Sintomas.—El eritema simple y la urticaria aparecen casi siempre de pronto sin ir precedidos de ningun prodromo; el eritema tuberculoso, la roseola, la erisipela, y sobre todo el sarampion y la escarlatina, se anuncian por el contrario muchos dias antes por escalofríos irregulares, laxitudes espontáneas, sed, anorexia, cefalalgia, una fiebre mas ó menos intensa y prurito. La angina faríngea, el coriza y la bronquitis, son con frecuencia los fenómenos precursores de los dos últimos exantemas que acabamos de enumerar.

»Bien pronto se manifiesta el síntoma, que en sentir de los autores cuya clasificacion hemos adoptado es el signo característico comun de todos los exantemas, y por decirlo asi, patogénico de estas afecciones, á saber: *la rubicundez de la piel que desaparece á la presion, volviendo cuando esta cesa á manifestarse inmediatamente.*

»El carácter en que se funda la definicion del exantema presenta numerosas variedades: la rubicundez es poco intensa en el eritema y la urticaria, mas viva en la erisipela, de un color de rosa característico en la roseola, y de frambuesa en la escarlatina; ocupa puntos muy pequeños, irregularmente semilunados en el sarampion; superficies redondeadas con bastante regularidad, que tienen la dimension de un real de plata ó una peseta en el eritema y la urticaria; espacios estensos é irregulares en la erisipela y escarlatina, cubriendo en algunos casos raros toda la superficie cutánea (*eritema general* de Rayer); es pasagera en cierta forma del eritema fugaz y en la urticaria, y persistente en los demas exantemas; por último, en el eritema tuberculoso y la erisipela puede no desaparecer á la presion, á causa de haberse verificado un corto derrame de sangre por los vasos capilares.

»La superficie enferma es lisa y sin prominencia en el eritema simple, el sarampion y

(1) Aunque en estas generalidades se comprenden el sarampion y la escarlatina, la descripcion particular de estos exantemas la reservamos para la clase de las enfermedades sin órgano determinado, donde la colocamos á continuacion de las calenturas esenciales y de las viruelas. (*Nota de los TT.*)

la escarlatina; es áspera y se eleva mas ó menos del nivel de la piel en una forma del eritema; presenta elevaciones y nodosidades circunscritas en la urticaria y el eritema tuberculoso, aparece bajo el aspecto de un tumor irregular y pastoso en la erisipela, y puede hallarse cubierta de papulas en el eritema: la erisipela es la única clase de las enfermedades que nos ocupan, en que el epidermis se halla algunas veces elevado por serosidad.

»La urticaria va acompañada de una comezon muy viva, que no se manifiesta en ningun otro exantema.

»El tejido celular subcutáneo presenta una ligera infiltracion circunscrita en el eritema tuberculoso, y en la erisipela sufre á veces ciertas alteraciones, que dan lugar á síntomas locales esclusivamente propias de este caso, como son el edema, la supuracion y la gangrena.

»El eritema simple y la urticaria son los únicos exantemas que pueden en ciertos casos, y en algunas de sus formas, presentarse sin síntomas generales; pues todos los demas, y aun los que acabamos de enumerar, cuando tienen cierto grado de intension, determinan fiebre, cefalalgia, desazon general, etc. La erisipela, y sobre todo el sarampion y la escarlatina, casi siempre van acompañados de fenómenos generales intensos y con frecuencia muy graves. Algunos autores creen que la enfermedad consiste en estos síntomas generales, sin ver en las alteraciones cutáneas mas que un epifenómeno cuya aparicion no es constante; lo cual les ha inducido á establecer la existencia de enfermedades exantemáticas sin exantema. No podemos nosotros conformarnos con esta idea, como lo manifestaremos al ocuparnos de la escarlatina, que es donde tiene mas particular aplicacion.

»Curso, duracion.—Todos los exantemas siguen un curso agudo, regular, y no son susceptibles de hacerse crónicos; cuyo caracter es en nuestro sentir uno de los mas importantes que pueden asignarse á este grupo nosográfico; pues le separa distintamente de casi todas las enfermedades cutáneas, que tienen por el contrario mucha tendencia á revestir la forma crónica; y se lo atribuimos de una manera absoluta, aunque los autores han descrito eritemas, erisipelas y urticarias crónicas; pues en efecto, es fácil convencerse (v. *erisipela eritema y urticaria*) de que se han confundido la cronicidad y las recidivas. Supongamos que una erisipela que se manifiesta en un miembro edematoso presenta sus caractéres habituales de agudeza, sigue su curso ordinario, desaparece al cabo de algunos dias, y se reproduce muy luego, ofreciendo la misma série de fenómenos, y verificándose de este modo con intervalos mas ó menos largos un número variable de recidivas; podrá llamarse esta una erisipela crónica? no sin duda, y menos aun deberá darse semejante nombre á las lesiones (*induraciones*, etc.) permanentes que resultan del exantema. Una urticaria puede tambien reproducirse dos ó tres veces al dia en un mismo individuo por espacio de muchos meses ó aun años; pero como desaparece siempre completamente antes de volverse á reproducir, no se debe tampoco ver en este caso una urticaria crónica, sino una série de urticarias agudas efímeras, una sucesion de recidivas, casi siempre procedente de la persistencia de la causa primera que determinó el exantema, ó de su reproduccion intermitente.

»El caracter que acabamos de asignar al curso de los exantemas es tanto mas importante, cuanto que es el único que puede tener una aplicacion general; pues en efecto, nada mas variable que el órden con que se suceden los fenómenos que constituyen cada una de estas afecciones. En el sarampion y la escarlatina tienen los síntomas un curso regular, del que no pueden apartarse jamás sin peligro del enfermo, y son susceptibles de dividirse en estadios y períodos bien marcados. El mismo órden se nota tambien en la erisipela verdadera y en el eritema tuberculoso, pero en un grado mucho menor: en el eritema simple y la urticaria no se le observa.

»La duracion de los exantemas varia desde algunas horas (*eritema*, *urticaria*) hasta dos septenarios; pero jamás escede de este último término. Adviértase que no comprendemos en esta duracion el tiempo que persisten los fenómenos morbosos que dependen de las complicaciones, ó que resultan de la estension de la flegmasia cutánea al tejido celular (*erisipela flegmonosa*), á las membranas mucosas (*sarampion*, *escarlatina*), etc.

»Terminaciones.—Todos los exantemas pueden terminar por delitescencia; pero donde se observa con mas frecuencia esta terminacion, y es mas digna de tenerse en cuenta, es en la erisipela, y especialmente en el sarampion y en la escarlatina. Los autores mas antiguos hablaban ya de metastasis, y en nuestros dias se emiten aun las mas discordes opiniones con respecto á esta materia. Sin entrar aqui en todos los pormenores que suscita una cuestion de tanto interés práctico, sobre la cual tendremos ocasion de esplicarnos mas adelante, mencionaremos únicamente los dos órdenes de hechos en que estriba la discusion.

»Supóngase que un individuo es atacado de sarampion; que despues de haber seguido muchos dias su curso habitual, desaparece de pronto el exantema, y no tarda el enfermo en sucumbir, demostrándonos la autopsia un derrame en las méninges, en la pleura, etc.: en este caso, dicen algunos que la materia morbífica se trasladó desde la piel á la membrana serosa, lo cual es una metastasis, y otros que sobrevino una complicacion, una flegmasia serosa, que hizo desaparecer la que tenia su asiento en la piel. Dificil es muchas veces decidirse con conocimiento de causa por una ú otra de estas dos aserciones; y aunque creamos

que en la mayoria de los casos debe darse la preferencia á la segunda, preciso es no obstante decir, que á veces se halla un derrame en una cavidad serosa, sin que pueda encontrarse el mas ligero vestigio de inflamacion en la membrana que la tapiza.

»Todavia puede ser mayor la dificultad, cuando desapareciendo de repente el exantema sucumbe el enfermo, y el examen cadavérico no revela ninguna alteracion; pues no puede esplicarse entonces la muerte por la anatomia patológica. ¿Cuál es la causa, el mecanismo, y el efecto de esta *metastasis*, de esta *repercusion*? (v. *Enfermedades de la piel en general*).

»La resolucion es la terminacion habitual de todos los exantemas, verificándose mas ó menos rápidamente segun los casos. En el eritema tuberculoso, la erisipela, el sarampion y la escarlatina, es donde se verifica con mas lentitud, pues dura de cuatro á quince dias.

»La resolucion va algunas veces acompañada de una ligera descamacion, la cual no se observa jamás en la urticaria.

»La erisipela es el único exantema que puede terminar por supuracion y gangrena; pero aun entonces apenas se observan estos fenómenos, sino cuando la inflamacion se propaga al tejido celular.

»El eritema, la roseola y la urticaria nunca terminan por la muerte; la erisipela, el sarampion y la escarlatina, tienen por el contrario algunas veces esta funesta terminacion, ya sea porque desaparecen de repente, ó bien á causa de las complicaciones inmediatas, ó de las afecciones consecutivas que producen. Indicaremos á propósito de este asunto la notable influencia que ejerce el sarampion en el desarrollo de la tisis pulmonal, y sin examinar aqui si los tubérculos preexisten ó no á la afeccion cutánea (v. SARAMPION), solo diremos que esta influencia no se observa en ninguno de los demas exantemas.

»CONVALECENCIA.—El eritema, la erisipela verdadera, la roseola y la urticaria, que casi constantemente no desarrollan mas que fenómenos locales, desaparecen sin dejar alteracion alguna en la economia, y la salud se restablece completamente en cuanto acaban de desaparecer las manchas cutáneas; pero la erisipela flemonosa, gangrenosa y complicada, el sarampion y la escarlatina, dejan siempre desórdenes mas ó menos graves, y á veces solo despues de una larga y peligrosa convalecencia vuelven las funciones á su estado normal.

»RECAIDAS.—Es muy notable que jamás se observen verdaderas recaidas en las enfermedades exantemáticas; pues aunque sobrevengan nuevos accidentes durante la convalecencia, dependen constantemente de las complicaciones ó de afecciones internas, sin que se vuelvan á presentar los síntomas cutáneos en ningun caso, como si no pudiera reproducirse el esfuerzo que determinó su primitiva manifestacion.

»RECIDIVAS.—El eritema, la erisipela, la roseola y la urticaria, invaden en ciertos casos muchas veces á un mismo individuo, y aun parece que los enfermos que han padecido ya estas afecciones conservan una gran predisposicion á contraerlas de nuevo (*exantemas intermitentes*), haciéndose tanto mas frecuentes las recidivas cuanto mas aumenta su número, y presentándose en ocasiones con cierta periodicidad. El sarampion y la escarlatina ofrecen condiciones enteramente opuestas, y se ha creido mucho tiempo que jamás se reproducian. Cullen dice positivamente (loc. cit., p. 29), que el sarampion «no ataca mas que una sola vez en toda la vida»; sobre cuyo caracter fundó en parte Alibert su grupo de dermatosis exantemáticas. «Parece, dice este autor (loc. cit., página 150), que impregnada una vez la piel de este fermento misterioso, propio de ciertos exantemas, y despues de haber desarrollado completamente sus resultados, ya no es capaz de volverlos á reproducir, siendo este una especie de tributo al que no está sometida la vida humana mas que una sola vez.» Observaciones bastante numerosas prueban en la actualidad que estas dos enfermedades pueden ofrecer recidivas; mas no por eso es menos cierto, que bajo este punto de vista se diferencian manifiestamente de los demas exantemas.

»DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico de los exantemas considerados en general, estriba esencialmente en la existencia de las manchas rojas que desaparecen con la presion, cuyo signo, único comun á todas las afecciones comprendidas en este grupo, no existe en la púrpura ni en los equimosis, en los cuales no puede la sangre ser rechazada por hallarse fuera de sus vasos. La presencia casi constante de síntomas generales mas ó menos intensos, es tambien muy importante de notar. No debiendo establecerse aqui el diagnóstico diferencial de los exantemas, nos limitamos á indicar únicamente estos dos caractéres.

»PRONÓSTICO.—Este varia mucho: siempre favorable en el eritema, la roseola y la urticaria, es con frecuencia muy grave en la erisipela, el sarampion y la escarlatina. Si solo consideramos la duracion de la enfermedad, la urticaria es el exantema de pronóstico menos lisongero, por razon de lo frecuentes que son en ella las recidivas.

»COMPLICACIONES.—Los exantemas complican algunas veces las flegmasias gastro-intestinales. Sin embargo, esta coincidencia no es tan frecuente como se cree en general, y luego veremos que en el mayor número de casos se la debe atribuir á circunstancias fortuitas, y no á una relacion de causalidad. Las flegmasias de la membrana mucosa de los órganos respiratorios son las que se observan mas á menudo y merecen particular atencion: la angina acompaña casi siempre á la escarlatina; y el coriza, la bronquitis y la neumonia, son complicaciones casi necesarias del sarampion. No haremos mas que mencionar la relacion que existe al

parecer entre esta última afeccion y la tisis pulmonal.

»Diversas erupciones papulosas, vesiculares ó flictenoides, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 4), pueden complicar á los exantemas, y la frecuencia con que se observa una de estas complicaciones en la erisipela, indujo á Willan á clasificar esta enfermedad entre las flictenas.» Estas complicaciones son bastante raras, y escusado es advertir que en la erisipela flictenoides las flictenas ó ampollas son un síntoma del exantema, y no una complicacion de la enfermedad.

»Podrán existir dos exantemas simultáneamente en un mismo individuo? El doctor Bemh de Stettin asegura haber visto dos niños que estaban atacados á un mismo tiempo de sarampion y escarlatina (*Casper's Wochenschrifft für die gesamnte Heilkunde*, 1834; núm. XLVII). Cazenave y Schedel han visto muchas veces en un mismo individuo la urticaria con la roseola, y en ciertos casos con el eritema.

»Causas.—*Contagio.*—A pesar de la opinion bastante generalizada en Inglaterra, la propagacion contagiosa no puede admitirse mas bien respecto de la erisipela, que relativamente al eritema, la roseola y la urticaria; pero estan los médicos de acuerdo en reconocer su existencia por lo que toca al sarampion y á la escarlatina. Ya nos detendremos sobre este punto al trazar la historia particular de cada una de estas dos afecciones.

»*Epidemias.*—La erisipela, el sarampion y la escarlatina se desarrollan frecuentemente bajo una influencia epidémica, cuya naturaleza nos es desconocida, pero que sin embargo, no por eso es menos manifiesta: Biett ha observado muchas epidemias de roseola; se ha descrito tambien un eritema epidémico, pero nosotros lo consideramos como una enfermedad particular. La urticaria no parece que jamás se haya desarrollado bajo la influencia de una constitucion epidémica.

»*Edad, sexo.*—El eritema, la roseola y la urticaria, se presentan principalmente en las mujeres, y son tal vez tan frecuentes en los adultos como en los niños. El sarampion, la escarlatina y la erisipela atacan sin distincion á ambos sexos; pero las dos primeras enfermedades se observan mas particularmente en la segunda infancia, mientras que la última es mas comun en los adultos.

»*Estado de salud.*—El trabajo de la denticion, la menstruacion y las flegmasias gastro-intestinales, se consideran como causas directas de muchos exantemas (*eritema*, *erisipela*, *urticaria*); pero nosotros no podemos admitir esta opinion: las enfermedades cutáneas predisponen manifiestamente á la erisipela.

»*Estado moral.*—Las afecciones morales vivas ejercen una accion evidente en el desarrollo de la urticaria: Falopio vió una mujer que era invadida por una erisipela siempre que llegaba á encolerizarse, y J. Frank ha observado el mismo efecto producido por un susto: los demas exantemas estan al parecer enteramente exentos de este órden de causas.

»*Climas, estaciones, impresiones atmosféricas.*—Los exantemas se observan igualmente en todos los climas; sin embargo, el eritema, la urticaria, y tal vez la erisipela, son mas frecuentes en los paises cálidos. En general puede decirse, que esta clase de enfermedades se manifiestan especialmente en la primavera y en otoño, ó por lo menos casi siempre es en una de estas estaciones cuando reinan epidémicamente. No obstante, algunos autores aseguran, que la erisipela (J. Frank), y el sarampion (Biett), se observan con mas frecuencia en invierno. La urticaria se manifiesta particularmente durante los grandes calores del estio, y la elevacion de la temperatura ejerce al parecer una influencia poderosa en su desarrollo. Sin embargo, J. Frank la ha visto en ciertos casos presentarse durante el frio, y desaparecer con el calor.

»*Alimentacion*, *modificadores farmacéuticos.*—Ciertas sustancias alimenticias (carnes pasadas, pescados, almejas), y varios medicamentos (bálsamo de copaiba, etc.), producen á veces el eritema, la erisipela y la urticaria: aunque no pueda apreciarse esactamente la influencia de estos agentes, no por eso debe ponerse en duda.

»*Causas esternas.*—Todos los agentes irritantes que ejercen una accion inmediata sobre la piel, las causas traumáticas y la picadura de ciertos insectos, pueden determinar una erisipela y á veces una urticaria. Esta influencia no se verifica, y ni aun puede suponerse, respecto de la roseola, del sarampion y de la escarlatina. Ya se deja conocer la importancia patológica de esta diferencia, y se concibe que haya podido inducir á muchos autores á separar las tres últimas afecciones de las primeras, que segun ellos, deben escluirse del órden de los exantemas. Aplicando al eritema y á la urticaria lo que dicen Chomel y Blache de la erisipela, á saber: que *«esta enfermedad nunca procede de causa esterna*, ó por lo menos, que si algunas veces concurre una causa esterna á su produccion, solo tiene una parte secundaria en su desarrollo, necesitándose el concurso de un agente desconocido, de una disposicion particular que no conocemos,» se disminuye el valor de la objecion sin destruirla. Ya hemos hablado de estas interesantes consideraciones en el artículo destinado á las enfermedades de la piel en general.

»Tratamiento.—El tratamiento varia demasiado segun los diferentes exantemas, para que puedan formularse aqui generalidades importantes; limitándonos por lo tanto á decir, que los exantemas considerados en sí mismos, no exigen casi nunca mas que cuidados higiénicos bien dirigidos, y que las medicaciones mas ó menos enérgicas deben reservarse para combatir las complicaciones.

»En el caso de existir una profilaxis eficaz, deberia recurrirse á ella para prevenir el desarrollo de los exantemas? «Son, dice Alibert, una especie de tributo (loc. cit., p. 150), á que está sometida la vida humana, y si algun obstáculo impide que se realice en ciertos individuos, compran muchas veces esta funesta demora á espensas de sus dias; y asi es que generalmente se cree que no tiene escusa la negligencia de algunas personas en *prevenir este funesto mal por medio de una saludable inoculacion.*» Aun suponiendo que estas palabras se apliquen únicamente al sarampion y á la escarlatina, no creemos nosotros que se deba jamás inocular estas enfermedades, ni tratar de provocarlas; y aun opinamos, que cuando se tema la aparicion de un exantema en un individuo que disfrute de buena salud, conviene esforzarse en evitarlo. Lo que sí diremos es que si se manifiesta espontáneamente una afeccion de este género en el curso de una enfermedad interna, pudiendo considerarse como un fenómeno crítico, como una derivacion saludable, es preciso cuidarse mucho de no contrariar su evolucion.

»Naturaleza y asiento.—De buen grado reconocemos con Alibert, que la significacion de la palabra exantema no debe estenderse «á las enfermedades que dependen de un estado puramente inflamatorio de la piel»; porque en efecto, nos parece imposible que no haya en las afecciones que estamos estudiando mas que una flegmasia local; y no dudamos que presida á su desarrollo una causa interna general, imprimiéndoles un carácter patogénico particular. Cuál es su naturaleza? Nos es enteramente desconocida; porque decir con la escuela humoral y con Alibert, que es «un germen, una levadura misteriosa, que el hombre trae consigo al nacer,» es asentar una hipótesis que no esplica nada. ¿Por qué esta causa interna obra unas veces como determinante y otras como predisponente? Por qué las causas esternas no tienen siempre una influencia constante? Cómo interpretar los casos en que segun muchos autores (John, *Versuche fur die pratische Heilkunde*; Heisenach, 1835.—Behr, *Exanthem nach dun tode* en *Casper's Wochenschrift*, 1837, número XLIV), se manifiesta un exantema *despues de la muerte*? Estas cuestiones son por desgracia insolubles en el estado actual de la ciencia.

»Relativamente á la piel, el asiento anatómico primitivo de los exantemas es la red vascular subepidérmica, cuyos límites no escede nunca al parecer la alteracion *local* en las viruelas, el sarampion y la escarlatina; invadiendo á veces por el contrario las capas mas profundas del dermis y aun el tejido celular subcutáneo, en la urticaria, el eritema (*eritema tuberculoso*), y en la erisipela.

»Pero ¿es la piel el asiento esclusivo de los exentemas? Esta cuestion, que ni aun se halla planteada en los autores franceses, ha sido en Alemania objeto de numerosas investigaciones.

»En 1832, el autor de un trabajo inserto en el *Magasin de Rust* (bd. XXXVII, heft 3, paginas 452-564) estableció las proposiciones siguientes.

»1.º Existen exantemas internos, pero solo se desarrollan en ciertas partes.

»2.º Los exantemas internos estan menos caracterizados (*unvolkommener*) que los esternos.

»3.º No se ha de confundir con los exantemas internos algunas alteraciones que presentan la misma apariencia.

»4.º Las membranas serosas y las vísceras no se afectan jamás de exantemas.

»Estas proposiciones ya restrictivas, porque mas adelante veremos (v. erisipela) que muchos autores antiguos habian admitido erisipelas del pulmon y de la pleura, fueron discutidas y desenvueltas por Jahn (*Naturgeschichte der inneren exantheme*, en *Versuche für die pract. Heilk.*; Eisenach, 1835, p. 169), cuyo autor, despues de haber estudiado la cuestion muy detenidamente, establece las siguientes conclusiones:

»1.º No puede dudarse la existencia de los exantemas internos.

»2.º Los exantemas internos se unen sobre todo á los esternos que son mas susceptibles de terminar por metastasis.

»3.º Ciertas enfermedades determinan mas comunmente exantemas internos, y otras esternos: en la primera clase se colocan la cólera, el tifo, etc., y en la segunda el sarampion, la escarlatina, las viruelas, etc.

»4.º Hay afecciones que no producen constantemente mas que exantemas internos, como por ejemplo, las aftas.

»5.º Del mismo modo que puede afectarse la piel en las enfermedades exantemáticas, sin que se manifieste el exantema (*escarlatina sin exantema*); asi tambien pueden ser invadidas las membranas mucosas sin que se observe en ellas esta alteracion.

»6.º Los exantemas internos son mas efímeros que los esternos; y asi es que en las necropsias no puede muchas veces comprobarse la alteracion en las partes internas, mientras que es todavia muy perceptible en la piel.

»7.º En el momento de la muerte y despues de ella desaparecen en parte, tanto los exantemas internos como los esternos. El colapso que precede á la terminacion funesta no esplica este hecho de modo alguno, porque algunas veces se manifiestan los exantemas despues que ha cesado la vida.

»8.º Las metastasis exantemáticas resultan del desarrollo de un exantema interno, ó de la estension de uno esterno á las membranas internas.

»Eisenmann avanza todavia mas, distinguiendo *exantemas* y *enantemas*. Con el primer nombre comprende las afecciones que hemos enumerado, y que manifestándose sobre todo en la piel, pueden propagarse hasta las mem-

branas mucosas; y bajo el segundo, reune dos clases patológicas (*pyra* y *tifus*), cuyo caracter es determinar ciertas alteraciones de las membranas mucosas (*Veber die vegetativen Krankheiten*).

»Una objecion se presenta desde luego al que trata de apreciar los trabajos que acabamos de referir; la mayor parte de los hechos y de las aserciones que en ellos se encuentran, se refieren á enfermedades á que nosotros no concedemos el nombre de exantemas (*viruelas*, *aftas*), ó bien á alteraciones anatómicas de la membrana mucosa intestinal, que tampoco corresponden á este órden de afecciones (*fiebre tifoidea*, etc.) El profesor Albers de Bonn comprendió muy bien que era imposible rosolver la cuestion satisfactoriamente considerándola de este modo, y la trató en una escelente memoria bajo el mismo punto de vista que la hemos planteado nosotros (*Veber exanteme und ihnem ähnliche Bildungen auf inneren Häuten*; en *Rust's Magasin*, 1836, bd. XLVI, heft. 3, s. 403). De esta memoria citaremos las siguientes conclusiones, que á nuestro parecer deben adoptarse.

»1.° La observacion no nos permite todavia admitir la existencia de enantemas propiamente dichos, y no puede darse este nombre á las alteraciones que caracterizan las aftas, la fiebre tifoidea, etc.

»2.° Sin embargo, ciertos exantemas (*sarampion*, *escarlatina*), se propagan en algunos casos á las mucosas bucal, faríngea, laríngea y genital, y estos fenómenos consecutivos no deben confundirse con las inflamaciones (*coriza*, *bronquitis*, *angina*) que preceden frecuentemente á los exantemas.

»3.° Las metastasis exantemáticas no pueden referirse al desarrollo de un enantema.

»4.° La existencia de enfermedades exantemáticas sin exantema no está suficientemente demostrada.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos. —Historia y bibliografia.—Cullen coloca los exantemas entre las pirexias; y los incluyen en el número de las inflamaciones Sauvages (clase III, *Enfermedades inflamatorias*, órden I. *Enf. inflam. exantemáticas*) y Pinel (clase II, *Flegmasias*, órden I, *Flegmasias cutáneas*); pero es preciso advertir que estos nosógrafos no dan á la palabra *exantema* la misma acepcion que nosotros. Los exantemas forman el segundo grupo de Alibert, el tercer órden de Willan y el primero de Cazenave y Schedel.

»Los autores mas antiguos habian descrito los exantemas en particular; pero ninguno de ellos habia presentado las consideraciones generales que se refieren al grupo morboso que reunidos constituyen. Cullen, Sauvages y Pinel, solo les han consagrado algunos renglones. Los dermatólogos modernos no son tampoco mas esplícitos (Alibert, *Monographie des dermatoses*; Cazenave y Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau)*, y en los diferentes diccionarios apenas se encuentran una ó dos páginas que traten de esta materia. (*Dictionaire de médecine.—J. Copland, A dictionary of pract. med.—The cyclopœdia of pract. med.*) Por nuestra parte hemos creido deber entrar en los pormenores que preceden, para poner al lector en estado de juzgar con conocimiento de causa, acerca de los motivos que pueden inducir á los nosógrafos á separar ó reunir tan importantes afecciones, cuya patogenia presenta todavia mucha oscuridad. (Monneret y Fleury, *Compendium*, etc. t. 3.°, p. 562-569).

CAPITULO II.

Del eritema.

»La palabra eritema se deriva de ἐρυθρος rojo.

»Sinonimia.—ἐρύθημα de Hipócrates; *erisipelas* de Celso y Galeno; *erisipelas idiopathicum* de Sauvages; *phlogosis erythema* de Cullen; *inflamatio erythema*, *cauma erythematicum* de Young; *herpes eritemoides* de Alibert; *eritema* de Cazenave, Schedel y Rayer; *intertrigo*, *maculæ volaticæ* de diversos autores.

»Definicion.—La palabra *eritema* se ha empleado durante mucho tiempo para designar toda rubicundez de la piel, y algunos autores le dan hoy todavia esta misma acepcion. «El eritema, dice Rayer es el primer grado de una multitud de flegmasias cutáneas.» (*Traité teoriq. et prat. des mal. de la peau*, t. I, p. 95). Si se aceptase esta definicion, es evidente que no representando la palabra *eritema* mas que un grado de la flegmasia cutánea y un síntoma comun á muchas afecciones de la piel, perteneceria á la semeiologia, y no deberia colocarse en los cuadros nosológicos como una individualidad morbosa. Nosotros la consideraremos bajo este último aspecto; pero daremos únicamente el nombre de eritema á un *exantema* no contagioso, que se desarrolla casi siempre bajo la influencia de una causa interna desconocida, caracterizado por la presencia, en una ó muchas partes del cuerpo, de un número mas ó menos considerable de manchas rubicundas, de una estension que varia mucho, superficiales ó acompañadas de tumefaccion del tejido celular subcutáneo, que rara vez dan lugar á síntomas generales y que siguen por lo comun un curso agudo. Esta definicion, por insuficiente que sea para dar una idea de la enfermedad que nos ocupa, introduce por de pronto algunas modificaciones importantes en la division seguida por los autores en el estudio del eritema.

»Division.—Los dermatólogos que toman la palabra *eritema* en su acepcion mas estensa, han debido establecer gran número de especies eritematosas. Alibert admite los eritemas: *intertrigo*, producido por el roce de dos superficies una con otra (por debajo de las mamas,

en la axila, íngles y parte superior de los muslos) y por el contacto de una materia ácre (flores blancas, flujos gonorréicos ó disentéricos, orinas, materias fecales y moco nasal); *paratrima*, determinado por una compresion egercida mucho tiempo en una misma parte (equitacion, decúbito); *pernio*, ocasionado por una sustraccion de calórico, y *per adustionem* por un aumento de calor (*Monog. des dermatoses*, en 4.°, p. 9). Rayer, siguiendo á Sauvages, añade á estas especies un eritema *a punctura*, producido por la picadura de una aguja ó de un insecto (loc. cit., p. 95). Nosotros no podemos adoptar semejante division. ¿Qué analogia existe entre la rubicundez, la inflamacion superficial, local, en una palabra la dermitis que se manifiesta bajo la influencia de una causa irritante esterna, y esas manchas que se desarrollan en la mayor parte del cuerpo sin que sea posible reconocer las mas veces la causa que las ha producido? Podráse dar el nombre de eritema á la rubicundez que resulta de la aplicacion de un sinapismo ó de un rubefaciente cualquiera? Lo mismo podria llamarse pénfigo á la flictena que determina un vejigatorio. Verdad es que, como se verá mas adelante, no separamos la erisipela por causa esterna y traumática, de la erisipela por causa interna; pero si no lo hacemos, es porque la afeccion presenta en ambos casos unos mismos caractéres, unos mismos síntomas, un mismo curso, y lo que varia únicamente es la causa; mas aquí todo es diferente, causa, síntomas, curso, terminaciones, naturaleza y tratamiento. Para nosotros será pues el eritema una afeccion producida siempre por causa interna; ó por lo menos, solo daremos este nombre á una enfermedad caracterizada por la presencia de un número mas ó menos considerable de manchas rubicundas, separadas por intervalos de piel sana.

»Alibert establece ademas otras especies de eritemas, que son el *epidémico* y el *endémico:* el primero, que ha sido igualmente descrito por Cazenave y Schedel, constituye la afeccion que estudiaremos con el nombre de *acrodinia*; y el segundo es la pelagra de Lombardia, enfermedad cuyos caractéres no se hallan todavia bien determinados, y que ademas no puede en manera alguna referirse al eritema.

»Rayer y otros muchos autores distinguen un eritema *idiopático* y otro *sintomático*, cuya distincion nos parece tan infundada como las precedentes; pues en efecto, ora las manchas erisipelatosas se manifiestan espontáneamente, constituyendo por sí solas toda la enfermedad; ora preceden, acompañan ó siguen, á una afeccion de las vias digestivas, á una fiebre intermitente etc.; pero en este caso no puede la relacion de causa á efecto determinarse rigurosamente.

»Las consideraciones que acabamos de esponer nos mueven á admitir una sola especie de eritema, en la que distinguiremos dos variedades, que ofrecen diferencias bastantes notables para describirlas por separado: la una es el *eritema simple* y la otra el *tuberculoso*.

»Alteraciones anatomicas.—Poco es lo que tenemos que decir sobre las alteraciones esclusivamente locales que caracterizan al eritema. Una inyeccion mas ó menos considerable de los capilares que se distribuyen en el cuerpo mucoso, á veces una ligera infiltracion sanguínea en el tejido del dermis ó aun en las areolas del tejido celular subcutáneo (*erit tuberculoso*), la tumefaccion de este tejido y su distension por una corta porcion de serosidad, son las únicas lesiones que han podido comprobarse.

»Sintomas.—A. *Eritema simple.*—Se manifiestan espontáneamente algunas veces en toda la superficie del cuerpo, por lo comun tan solo en una ó muchas de sus partes, y sobre todo en la cara, en el pecho ó en los miembros, sin que vayan precedidas de síntomas generales ó locales, unas manchas rubicundas, que desaparecen á la presion del dedo para volverse á manifestar así que esta cesa. Su aparicion es súbita ó lenta y graduada, y su número variable segun la estension de las superficies invadidas; pero rara vez se observan menos de diez ó veinte. Sus formas y dimensiones son tambien diversas: ora se presentan circulares, del tamaño de un real de plata al de una peseta, y ora aparecen irregulares y con dimensiones mayores. Su color varia desde el sonrosado hasta el rojo vivo y aun de violeta; unas veces no se halla aumentada la temperatura de la piel, y otras se manifiesta un calor bastante intenso, acompañado de un ligero dolor y de una comezon mas ó menos viva, que en ciertos casos es muy incómoda, apareciendo completamente sana la piel en los intérvalos que separan las manchas. Rayer (loc. cit., p. 98) describe un eritema *general*. En esta variedad, dice, la rubicundez es superficial, desigualmente repartida en las diversas regiones del cuerpo, y algunas veces difiere poco del color natural, presentándose la piel seca con un aumento mas ó menos considerable de su temperatura.

»La superficie eritematosa puede presentar diferentes aspectos: unas veces es lisa é igual, y no forma prominencia sobre el nivel de la piel (*eritema simple*); aparece lustrosa cuando la enfermedad se presenta en partes infiltradas (*eritema leve*), y entonces suelen las manchas hacerse confluentes: en ciertos casos, y principalmente en los brazos, el cuello y el pecho, es áspera, é imperfectamente papulosa (*eritema papulatum*) durante los dos ó tres primeros dias: y entonces existen manchas irregulares, al principio muy rojas y despues lívidas, sobre todo en su centro (Bateman, *Abrégé prat. des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, página 163). Pueden las papulas presentarse únicamente en la circunferencia de las manchas, cuyo centro se halla entonces liso, mientras que los bordes son ásperos, prominentes y mas rojos (*eritema marginatum*): cuando las papu-

las forman una elevacion considerable, van á veces acompañadas de una tumefaccion que persiste muchos dias (*eritema tuberculatum*). Biett describe con el nombre de *eritema centrifugo*, otra forma papulosa: «Este eritema, dicen Cazenave y Schedel (*Abrégé prat. des mal. de la peau*, 3.ª edic., p. 11), es bastante raro; tiene al parecer su asiento especial en la cara, y empieza por un punto papuloso que adquiere un incremento escéntrico, á veces bastante considerable para invadir una gran parte del rostro. Comunmente se manifiesta bajo la forma de chapas bien redondeadas, de la dimension de una peseta ó algo mas, de un color rojo, ligeramente elevadas, con bordes prominentes, y cuyo centro está sano y deprimido.

»B. *Eritema tuberculoso.*—La enfermedad en este caso va casi siempre anunciada tres, cuatro ó aun ocho dias antes, por fenómenos precursores mas ó menos graves, manifestándose fiebre, cefalalgia, y una desazon general: nosotros hemos visto algunos casos, en que se presentaban todos los síntomas característicos de la invasion de una fiebre tifoidea (postracion, alteracion de las facciones, sequedad y color negro de la lengua, estreñimiento, etc.). Al cabo de algunos dias desaparecen de repente todos estos fenómenos, y se forman, principalmente en la parte anterior de las piernas, unos tumores redondeados ú ovalados, del volumen de una avellana hasta el de una nuez, presentando su diámetro mayor paralelo al de la tibia, rubicundos, muy dolorosos á la presion, formando verdaderas nodosidades, que al parecer tienen tendencia á supurar, mas nunca pasan de este estado. La tumefaccion se aumenta durante los primeros dias, y despues disminuye de un modo progresivo; las nodosidades se reblandecen, adquieren un color azulado ó violado, y acaban por desaparecer completamente. Sin embargo, la parte donde tenian su asiento conserva por algun tiempo un color negruzco parecido á un equimosis. Esta disposicion consecutiva es muy notable, y á veces, cuando no se tienen en cuenta las circunstancias conmemorativas, da lugar á errores en el diagnóstico, que felizmente son mas funestos para el médico que para el enfermo. Algunos prácticos, poco habituados á ver enfermedades de la piel, han tomado estas manchas que suceden á los tumores del eritema tuberculoso, por los equimosis que resultan de las contusiones, ó por las manchas de la púrpura hemorrágica.

»Curso.—Duracion.—Terminacion.—El curso del eritema es regular, y en ciertos casos aparece este exantema muchas veces en un mismo individuo. Se le ha visto manifestarse de una manera intermitente ó aun periódica, como sucede naturalmente cuando coincide con una fiebre que repite por accesos. La duracion del eritema varia segun la forma que reviste y la causa que lo ha producido. Si coincide con una afeccion aguda ó una fiebre periódica, es simple por lo comun, y desaparece repentinamente (*eritema fugaz*) cuando cesan los paroxismos, sin que se observe descamacion consecutiva: en otros casos es su duracion de siete á ocho dias, y se esfolia el epidermis, lo cual sucede comunmente en las diversas formas del eritema papuloso. El curso del eritema tuberculoso es bastante insidioso al principio; dura de doce á quince dias, y termina constantemente por resolucion. Los autores no refieren ejemplo alguno de metastasis eritematosas.

»Sigue, pues, el eritema en todas sus formas un curso agudo; sin embargo, Rayer, siguiendo á J. Frank, describe con el nombre de *eritema crónico* «la rubicundez que coincide algunas veces con la inflamacion papulosa de la cara conocida con el nombre de *barros*, y que le sucede mas á menudo...., y las manchas rubicundas persistentes que se presentan en las nalgas de los recien nacidos, producidas y sostenidas por el contacto habitual de la orina ó de materias escrementicias, y por la suciedad de los pañales» (loc. cit., p. 99). No nos parece que pueda llamarse eritema la rubicundez que acompaña á los barros, procedentes de una dilatacion varicosa de los vasos capilares del dermis; y por otra parte, aun cuando se diera este nombre á la rubefaccion que produce en los niños el contacto de las orinas y materias fecales, nunca seria esta afeccion mas que un eritema agudo, reproducido y sostenido continuamente por la accion perenne de la causa determinante.

»Diagnóstico, pronóstico.—El diagnóstico del eritema no puede presentar dificultades en ningun caso. El que es simple se distingue: de la *roseola* en que las manchas de esta tienen un color sonrosado vivo muy característico y dimensiones mas considerables; del *sarampion* y de la *escarlatina*, en que estos dos exantemas van acompañados de síntomas generales de un caracter particular, y ademas en que las manchas del primero son mas pequeñas é irregularmente semilunares, y las de la segunda presentan anchas superficies que tienen un color rojo de frambuesa; y de las *sifílides exantemáticas* en el color cobrizo que presentan estas últimas, que ademas van siempre precedidas y acompañadas de síntomas venéreos primitivos. La *elefantiasis de los griegos* empieza á veces por unas manchas, que algun médico poco esperimentado ha tomado por eritematosas: «No hace mucho, dicen Cazenave y Schedel, se presentó á Biett una persona que padecia esta horrible enfermedad, habiéndose creido que solo tenia un eritema.» El color leonado que presentan las manchas de la elefantiasis, su persistencia, y sobre todo la *pérdida* ó *disminucion de la sensibilidad* que se observa en la piel correspondiente, son signos mas que suficientes para evitar el error.

»El eritema papuloso no puede confundirse con el *lichen urticatus*; porque en este las papulas son menos anchas, mas redondeadas y

duras, menos rojas, acompañadas de un prurito muy vivo, y ademas se encuentran siempre aisladas.

»El eritema tuberculoso se distingue de la *urticaria* por su persistencia, el volumen, la tumefaccion mas considerable de las nodosidades y la falta de comezon.

»El pronóstico del eritema es siempre favorable; siendo dificil comprender lo que Willan y Bateman (loc. cit., p. 164), quieren decir cuando asientan, que el *eritema tuberculatum* va acompañado de fiebre héctica.

»Complicaciones.—El eritema nunca es complicado; pero complica á veces una flegmasia de las primeras vias, una fiebre intermitente (*eritema sintomático*), y la anasarca (*eritema leve*): su desarrollo en estas circustancias no es un signo del que puedan sacarse grandes inducciones, por mas que Bateman haya exagerado su importancia.

»Causas.—El eritema no es contagioso; nosotros no lo consideramos como epidémico, y los autores que lo miran como tal, confunden con él otra afeccion de la que difiere por muchos puntos importantes (v. acrodinia). La constitucion ejerce en el desarrollo de este exantema una influencia bastante marcada; pues el eritema simple se observa especialmente en los individuos fuertes, pletóricos y sanguíneos, y el tuberculoso se presenta mas bien en las personas escrofulosas y linfáticas. Los niños y las mujeres le padecen con mas frecuencia que los adultos; pues si el trabajo de la denticion, la época menstrual y la edad crítica, no pueden admitirse como causas determinantes del eritema, lo son por lo menos predisponentes. Entre estas debe contarse la influencia de la temperatura mas ó menos elevada que se nota en la primavera y en el estio. La ingestion de sustancias irritantes y del bálsamo de copaiba pueden dar lugar al desarrollo de un eritema.

»Tratamiento.—El tratamiento de esta enfermedad es muy simple: los baños tibios, las bebidas refrigerantes, la quietud en cama, y algunos ligeros minorativos para mantener libre el vientre, son por lo comun los únicos medios que deben emplearse. Si el calor y la rubicundez fuesen muy vivos, si hubiera fiebre y síntomas de reaccion general, se podrian sacar grandes ventajas de una sangria ó de la aplicacion de sanguijuelas al ano. El eritema tuberculoso reclama á veces una evacuacion sanguínea; sin embargo, dicen Cazenave y Schedel, como se presenta por lo comun en individuos linfáticos, una vez disipado puede ser útil recurrir á un tratamiento tónico.

»Naturaleza y asiento. — Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Todos los autores convienen en considerar al eritema como una flegmasia de la piel; y es en efecto dificil dejar de atribuir esta naturaleza á una enfermedad, caracterizada por una fluxion y aun por una congestion sanguínea; pero no lo es menos comprender, por qué esta fluxion se limita á ciertos puntos muy circunscritos de la piel, aunque sea general la causa que la determine, puesto que las manchas eritematosas ocupan siempre gran parte, si no la totalidad del cuerpo. Ya hemos hablado de esto mas detenidamente al tratar de los exantemas en general. El cuerpo mucoso puede considerarse como asiento anatómico del eritema; y en la forma tuberculosa participa de la inflamacion el tejido celular subcutáneo.

»Reuniendo Sauvages el eritema á la erisipela, lo coloca entre los *vicios* (clase 1.ª, órden III, Tumores); y despues todos los nosógrafos lo han comprendido en el número de las flegmasias cutáneas. Plenck lo incluye entre las *manchas* (clase 1.ª, *maculæ rubræ*), y Alibert, describiendo especialmente el eritema por causa esterna, lo coloca en sus *dermatosis eczematosas* (1.er grupo, género 1.º), enfermedades «muy poco relacionadas con la disposicion morbosa de los órganos interiores de la vida, cuyo desarrollo puede compararse á los efectos que produce la accion alterante del fuego.» Willan (órden III), y Cazenave y Schedel (órden I), describen esta afeccion entre los exantemas.

»Historia y bibliografia.—No se encuentra en los autores antiguos una descripcion satisfactoria del eritema considerado como afeccion exantemática: unos lo confunden con la erisipela; otros ni siquiera lo mencionan, y en ninguna parte se halla descrita la forma tuberculosa. Sauvages, como ya hemos dicho, describe únicamente el eritema por causa esterna; empieza uniéndolo con la erisipela (*Nosol. meth.*, en 8.º, t. I, p. 173), y despues dice en otro lugar (t. III, *Vocabulaire de la nosologie*, p. 43): «El eritema va acompañado de los síntomas de la erisipela esceptuando la fiebre, que es la que distingue estas dos enfermedades; asi es que incluyo el eritema en la clase de los vicios de la piel, y la erisipela en la de las inflamaciones.»

»Pinel no hace mencion del eritema en su *Nosografia filosófica*; y únicamente en las obras mas modernas, y sobre todo en las que estan consagradas al estudio de las enfermedades cutáneas, es donde puede leerse con fruto la historia de esta enfermedad. Citaremos, aunque con cierta reserva en cuanto al modo de considerar las causas del eritema, á Alibert (*Monographie des dermatoses*, en 4.º, Paris, 1832), á Bateman (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand; París, 1820), á Cazenave y Schedel (*Abrégé pratique des maladies de la peau*; París, 1838, 3.ª edic.); y á Gibert (*Traité pratique des maladies speciales de la peau*; París, 1839, 2.ª edic.)» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. III, p. 491-494).

CAPITULO III.

De la roseola.

«No se halla rigurosamente establecida la individualidad de la roseola. Willan describe con este nombre: «un exantema generalmente sintomático, dependiente de varias enfermedades febriles, y que no reclama otro tratamiento que el mismo de la pirexia» (Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, traduccion de Bertrand, p. 136; París, 1820); Cazenave y Schedel consideran la enfermedad como un exantema no contagioso, que tiene su existencia propia, y no hablan de las afecciones primitivas indicadas por Willan (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, pág. 33; París, 1838).

»Rayer duda si deberán confundirse las diversas especies de roseola establecidas por Willan, ya con el eritema, ya con el sarampion sin catarro (*Traité theor. et prat. des mal. de la peau*, t. I, p. 231; París, 1835).

»Algunos patólogos creen que la roseola corresponde á la enfermedad descrita por los alemanes con el nombre de *rubeola*, de *rotheln*, y que no es otra cosa mas que un sarampion anómalo irregular; al paso que otros la consideran como una calentura eruptiva distinta, que debe colocarse en los cuadros nosológicos entre el sarampion y la escarlatina (v. *sarampion*).

»Dificil es decidirse entre estas diversas opiniones. Sin embargo, apoyándonos en la observacion clínica y en la lectura atenta de los autores, creemos poder asegurar que se ha descrito con el nombre de roseola, ya eritemas ó urticarias (*roseola* de Cazenave y Schedel, *roseola æstiva*, *roseola autumnalis*, *roseola annulata* de Willan y Bateman), ya sarampiones anormales (*rubeola*, *rotheln* de los autores alemanes), ya en fin erupciones sintomáticas secundarias, verdaderos epifenómenos de varias afecciones generales, epifenómenos tan poco á propósito para formar entidades patológicas, como lo seria una erupcion tifoidea (*roseola variolosa*, *roseola miliaris* de Willan y Bateman).

»Sin embargo, como la opinion que acabamos de emitir puede no parecer bien á todos, creemos deber reproducir las descripciones que han dado los dermatólogos de la roseola.

»Definicion y division.—Ya se deja conocer que la definicion de la roseola ha de ser muy insignificante, y basada únicamente en los síntomas; por consiguiente diremos con Cazenave y Schedel: «La roseola es un exantema no contagioso, fugitivo, caracterizado por manchas sonrosadas de diversas figuras, precedidas y acompañadas por punto general de síntomas febriles.»

»Para evitar la confusion en que han caido Willan, Bateman y los autores que los han copiado, y para que nuestro artículo no carezca enteramente de valor patológico, dividiremos la roseola en *primitiva* ó *simple*, y *secundaria* ó *complicada*.

»A. Roseola primitiva, simple.—*Roseola* de Cazenave y Schedel (*roseola æstiva* y *roseola infantilis* de Willan y Bateman).—*Síntomas.* Generalmente se anuncia la enfermedad por un movimiento febril mas ó menos intenso, por desazon, cefalalgia, sed, anorexia, agitacion ó abatimiento; en los niños de corta edad se observan á veces vómitos, diarrea, delirio y convulsiones. En algunos casos va precedida la erupcion de una fiebre ligera, desazon y estreñimiento.

»El período de invasion dura, segun Cazenave y Schedel, de tres á siete dias.

»Durante el período de erupcion salen en la cara, el cuello y los brazos, manchas rubicundas ó mas bien de un color de rosa subido, bastante anchas, de cuatro á seis líneas de diámetro, casi circulares, ora discretas y separadas por intervalos considerables de piel sana, ora numerosas y aproximadas entre sí. Estas manchas exantemáticas poco ó nada esceden del nivel de la piel, y van acompañadas de mucha comezon.

»Generalmente se estiende la erupcion á todo el resto del cuerpo en el espacio de veinticuatro á cuarenta y ocho horas; pero á veces es parcial, limitándose á la cara, cuello, miembros superiores y pecho.

»La faringe presenta un color morboso parecido al de las manchas cutáneas, y la deglucion es dolorosa (Bateman, loc. cit., p. 137).

»Desde el segundo dia palidecen las manchas, y por lo comun se disipan sin descamacion antes del quinto (Bateman). La duracion de este período es de tres á cuatro dias, segun Cazenave y Schedel, y de tres á siete segun Rayer.

»El *curso* de la enfermedad es en ocasiones irregular, desapareciendo y volviéndose á presentar muchas veces la erupcion.

«Bien sea esta variedad, dice Rayer, una modificacion del sarampion, ó bien un estado intermedio entre el eritema y la urticaria, lo cierto es que debe considerarse como el tipo del grupo roseola.»

»El *diagnóstico* es dificil, porque ha de fundarse en caractéres variables y poco marcados. Dicen los autores que las dimensiones, la forma y el color de las manchas, no permiten confundir esta enfermedad con el sarampion sin catarro. En cuanto al eritema no establecen el diagnóstico diferencial.

»*Causas.*—La roseola se presenta especialmente en verano (*roseola aestiva*), y no perdona edad ni sexo; pero ataca con preferencia á las mujeres y á los niños (*roseola infantilis*). Biett dice haber observado muchas epidemias de esta erupcion en los paises muy cálidos (Cazenave y Schedel, loc. cit., p. 35). Háse incluido entre las causas de esta enfermedad las emociones morales fuertes, el abuso de los alcohólicos y de las especias, la ingestion de bebidas frias

estando el cuerpo sudando, y los ejercicios inmoderados.

»2.º *Roseola autumnalis* de Willan.—Esta variedad se observa especialmente en los niños durante el otoño; ni la precede ni la acompaña trastorno alguno funcional; aparecen, sobre todo en los brazos, manchas circulares ú ovaladas, sonrosadas y del tamaño de una peseta; producen mucha picazon y se disipan á los siete dias, ocasionando á veces la esfoliacion del epidermis.

«Esta forma, dice Rayer, es evidentemente una variedad de eritema.»

»3.º *Roseola annulata* de Willan.—Desarróllanse en todos los puntos del cuerpo y principalmente en el vientre, en la cintura, en las nalgas y en los muslos, unas chapas de forma anular, sonrosadas, con areas centrales en que está sana la piel; se inscriben de este modo unos en otros dos, tres ó cuatro anillos; los cuales no tienen al principio mas que una á dos líneas de diámetro; pero se aumentan progresivamente dejando en el centro un espacio sano, que en ocasiones ofrece hasta media pulgada de diámetro.

»Las manchas exantemáticas estan mas animadas por las mañanas; pero se ponen de un color vivísimo por las tardes ó por las noches, determinando calor, prurito, y hasta un dolor bastante fuerte.

»Cuando la enfermedad va acompañada de movimiento febril, es muy corta su duracion; cuando es apirética pasa á menudo al estado crónico, y tiene una duracion indeterminada.

»Rayer cree que la roseola anular es tambien una variedad del eritema.

»*Tratamiento de la roseola simple.*—Los únicos medios á que debe recurrirse son las bebidas acídulas, los baños tibios, algunos laxantes y el reposo: cuando se hace crónica la enfermedad, aconseja Bateman los ácidos minerales y los baños de mar.

»B. Roseola secundaria, complicada.—1.º *Roseola variolosa* de Willan.—Esta erupcion viene á presentarse una vez entre cada quince casos de viruelas inoculadas, al segundo dia de la calentura eruptiva, y en ocasiones precede á las viruelas naturales. Al hablar de esta última afeccion, nos ocuparemos de la *roseola variólica*.

»2.º *Roseola febrilis.*—Willan y Bateman comprenden bajo este nombre las erupciones de diversas formas y apariencias que acompañan á veces á la calentura miliar, las intermitentes, las fiebres biliosas, las tifoideas, etc.

»Bateman dice que la erupcion se parece á la de la *roseola æstiva*, pero que su color se aproxima mas al del sarampion; y en otro lugar añade que la ha visto en forma de manchas de un color de rosa brillante, de una forma ovalada irregular, de superficie elevada y lisa en cierto modo, y exentas de prurito.

»3.º *Roseola reumática* de Rayer; *pelliosis reumatica* de Schönlein y de Fuchs.—Bateman Fuschs (*Bull. des sciences médicales* de Ferussac, t. XVIII, p. 274), Hemming, Nicholson (*Lond. med. gaz.*, t. III, p. 546), Cock (*The Edinb. med. and surg. journ.*, t. XXXIII, pagina 43), y Rayer, han observado esta especie de roseola. Fuchs le describe del siguiente modo.

»Se presentan unos dolores mas ó menos agudos en las articulaciones y en los miembros; varian de asiento; ofrecen remisiones; se aumentan con el frio, y se calman con el calor de la cama; al propio tiempo se manifiestan escalofrios seguidos de una reaccion febril mas ó menos pronunciada, con aceleracion del pulso, sequedad y aumento del calor de la piel; la boca se halla pastosa, la lengua cubierta de una capa mucosa blanquecina ó amarillenta, y falta el apetito. A las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas se observa una erupcion, que empieza siempre por las piernas; en ocasiones no pasa de los miembros abdominales, y mas á menudo se estiende hasta el tronco, los hombros y los brazos, respetando constantemente la cara.

»Las manchas de esta erupcion son aisladas, redondeadas, del tamaño de granos de mijo ó de lentejas, de color rojo oscuro, en ocasiones violado ó negruzco, y rara vez prominentes.

»Terminada la erupcion cesa la fiebre y disminuyen ó desaparecen los dolores articulares.

»Al cabo de algunos dias se ponen pálidas las manchas exantemáticas, y la enfermedad termina por una descamacion furfurácea.

»Cuando se perturba el curso del exantema, ya por la influencia del frio y de la humedad, ya por aplicaciones repercusivas, desaparecen de pronto las manchas, se hacen mas agudos los dolores, se hinchan las articulaciones, vienen á ser dolorosos y aun imposibles los movimientos, y se exacerba la calentura.

»Los diaforéticos, el vino de colchico y el tártaro estibiado, constituyen el tratamiento mas eficaz de la enfermedad (Fuchs, loc. cit.).

»Hace poco tiempo hemos asistido á un enfermo, que presentaba esactamente todos los fenómenos asignados por Fuchs á la roseola artrítica, con la diferencia de que la mayor parte de las manchas tenian el tamaño de una peseta, y que existian desórdenes gravísimos del sistema nervioso. El curso y la terminacion del mal fueron los que indica el patólogo aleman. Al principio creimos que existia un reumatismo articular agudo acompañado de un eritema; pero hubimos de modificar nuestro diagnóstico en vista del estado de las articulaciones y del carácter de los dolores; y debemos confesar que aun en el dia nos encontrariamos perplejos para señalar á esta singular afeccion un sitio en los cuadros nosológicos.

»4.º *Roseola colérica* de Rayer.—Han descrito esta forma Duplay (*Mém. sur la roseole consecutive au cholera*, en *Gazette de Santé*, página 583; 1832), Babington (*Cutaneous eruptions in cholera*, en *Lond. med. gaz.*, t. X, p. 578) y Rayer (loc. cit., p. 238). Ya la hemos

indicado nosotros al trazar la historia del cólera epidémico» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 419).

CAPITULO IV.

De la urticaria.

»SINONIMIA.—*Aspritudo*, Celso; *urticaria*, Vogel, Cullen, Swediaur, Willan, Bateman; *essera*, Vogel, Heberden, Underwood; *sora*, Senerto; *febris urticata*, *purpura urticata*, Juncker; *porcellana*, Lieutaud; *scarlatina urticata*, Sauvages; *erysipelas urticatum*, *exanthesis urticaria*, Young; *uredo*, Linneo; *exanthesis urticaria*, Good; *exantema urticatum*, Burserius; *cnidosis*, Ploucquet, Alibert; *urticaria*, Biett, Rayer, Cazenave y Schedel, Gibert.

»DEFINICION.—La urticaria es un exantema no contagioso, generalmente apirético, caracterizado por manchas prominentes, duras, discretas ó confluentes, redondeadas ó irregulares, de variable estension, mas rojas ó mas blancas que la piel, acompañadas de un prurito ó de una comezon intensas, que se desarrollan de pronto, desaparecen del propio modo, muchas veces sin descamacion, y se reproducen en ocasiones con intervalos mas ó menos largos, durante un tiempo variable.

»DIVISION.—Willan y Bateman han admitido seis especies de urticaria: *urticaria febrilis*, *urticaria evanida*, *urticaria perstans*, *urticaria conferta*, *urticaria subcutánea*, *urticaria tuberosa*.

»La cuarta variedad (*urticaria conferta*) se funda en una disposicion accidental de las chapas; las tres primeras son relativas al curso de la enfermedad.

»A nuestro modo de ver es todavia problemática la existencia de la *urticaria subcutánea*. Segun Bateman, es una especie de erupcion *oculta*, caracterizada por un hormigueo violento y casi constante en el tejido de la piel, que los cambios repentinos de temperatura y las afecciones morales aumentan, en términos de ocasionar dolores agudos y punzantes (*Abrégé pratique des maladies de la peau*; p. 134, trad. de Bertrand; París, 1820). Rayer, Cazenave y Schedel, admiten estos caractéres; pero cesa el acuerdo entre los autores cuando se trata de los fenómenos cutáneos perceptibles. Bateman dice que la erupcion se manifiesta con largos intervalos y continúa por dos ó tres dias; Rayer asegura que es casi nula, limitándose á un corto número de puntos y manchas rojas (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*; t. I, p. 249; París, 1835); Cazenave y Schedel declaran que el dolor, único síntoma apreciable, no va acompañado de erupcion alguna (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 65; París, 1838); y Gibert cree que es constante la erupcion, difiriendo solo de la forma ordinaria en que el dolor es mas vivo y lancinante (*Traité pratique des maladies speciales de la peau* p. 76; París, 1839).

»Por el contrario nos parece que la *urticaria tuberosa*, que Rayer, Cazenave, Schedel y Gibert, dicen ser una modificacion de forma poco importante, merece una descripcion especial.

»Dividiremos la urticaria en *aguda* y *crónica*, y describiremos como variedad la *urticaria tuberosa*.

»URTICARIA AGUDA (*urticaria febrilis*; *calentura urticada*).—*Síntomas.*—Dos ó tres dias antes de la erupcion se observan cefalalgia, desazon y calentura; en ocasiones, y especialmente en los niños, existen náuseas, vómitos, dolores articulares, agitacion, ansiedad, insomnio, delirio, ó bien por el contrario, modorra y síncopes.

»Anuncia la invasion un prurito general muy intenso, acompañado de una sensacion de calor en la piel; muy luego, y sobre todo cuando se rasca el enfermo, aparecen en la superficie del cuerpo, y principalmente en los hombros, en la cara interna de los antebrazos, en los lomos y en los muslos, chapas prominentes, duras, de forma y tamaño variables, circulares, ovaladas ó irregulares, que no suelen esceder del volumen de un duro.

»Las chapas de la urticaria presentan comunmente un color sonrosado general; á veces por el contrario son de un blanco mate, y se distinguen por su palidez de la piel que las rodea; con frecuencia es blanco el centro de la chapa, al paso que su circunferencia es sonrosada y aun de un color rojo oscuro. Es preciso no confundirlas con las manchas eritematosas que acompañan á veces á la urticaria aguda; las cuales son mas rojas, no prominentes, y no escitan comezon alguna.

»Ora son las chapas de la urticaria discretas, poco numerosas, y solo ocupan una parte del cuerpo, como el vientre, la espalda ó los miembros; ora es general la erupcion, y las chapas abundantes, y por decirlo asi, confluentes (*urticaria conferta*). En este caso se halla la piel como hipertrofiada, estan los miembros menos flexibles, y son dolorosos los movimientos.

»Producen las chapas una sensacion muy incómoda de hormigueo, de prurito, de comezon, que se desarrolla especialmente por las tardes y las noches, bajo la influencia del calor causado por la permanencia en cama, la elevacion de la temperatura, vestidos de mucho abrigo, un ejercicio violento, etc. No pueden los enfermos resistir la necesidad de rascarse; pero cuando ceden á ella, mas bien exasperan que calman el dolor que esperimentan. El escroto y la vulva son las partes en que con mas violencia se siente el prurito. Mas de una vez se destrozan los enfermos con las uñas á fuerza de rascarse; no pueden soportar la cama, ó tienen que levantarse frecuentemente de noche para lavarse con agua fria.

«Muchos autores aseguran que en ocasiones se desarrollan chapas de urticaria en la mucosa de la boca (Koch), y aun en la de las vias digestivas y respiratorias. Alibert vió un jóven de veintiocho años, en quien solia trasladarse la erupcion repentinamente del tegumento esterno al interno. «Asi que entra el enfermo en una atmósfera caliente, se hinchan sus encias y se dificulta su respiracion; pero la menor corriente de aire le alivia, reproduciendo los habones en la superficie del cuerpo; y este favorable cambio se efectúa en algunos segundos» (*Monagraphie des dermatoses*; pág. 77, en 4.°; Paris, 1832).

»Por lo comun desaparecen todos los síntomas generales en cuanto se completa la erupcion; á veces sin embargo van acompañadas las exacerbaciones nocturnas de agitacion y de un ligero movimiento febril, que parece ocasionado por el prurito.

»*Curso, duracion y terminacion.*—Dura la enfermedad un septenario poco mas ó menos, siendo muy raro que persista todo este tiempo (*urticaria perstans*); «desaparece y se presenta irregularmente en casi todas las partes del cuerpo, desarrollándose sobre todo por las noches, y acompañándose entonces de alguna frecuencia del pulso. Hasta puede el enfermo, á fuerza de rascarse, determinar su aparicion en cualquier parte del cuerpo. La duracion individual de las chapas varía desde cuatro, cinco, ó seis minutos, hasta una, dos ó tres horas» (Cazenave y Schedel, loc. cit., p. 63).

»Es de advertir sin embargo, que en la urticaria febril propiamente dicha (*fiebre urticaria*) el curso de la enfermedad es casi siempre contínuo, en el sentido de que las erupciones se suceden con tanta rapidez, que existen constantemente chapas de urticaria, ya en un punto ya en otro de los tegumentos.

»Muchas veces se reproduce periódicamente la erupcion, presentando todos los caractéres de una calentura intermitente, y cediendo al sulfato de quinina. «En este caso, dicen Cazenave y Schedel, ¿es la erupcion un epifenómeno ó constituye la enfermedad principal? Difícil seria resolver esta cuestion. En tales casos parece desarrollarse muchas veces bajo la influencia de un estado patológico del hígado, y nosotros hemos visto chapas de urticaria que presentaban un tinte ictérico bien marcado.»

»A medida que se va acercando la terminacion de la enfermedad, disminuye el prurito, se manifiestan las chapas con intervalos mas largos, y últimamente vuelve todo á entrar en órden, sin que deje el exantema huella alguna de su existencia. Solo cuando ha sido muy general y muy pronunciado, se verifica en ocasiones una ligera descamacion.

»Urticaria cronica (*urticaria evanida*).—*Síntomas.*—No se anuncia la erupcion por ningun fenómeno general; se manifiestan los habones de pronto y no van acompañados de movimiento febril; son irregulares, anchos, generalmente blancos, y no presentan aureola eritematosa. No es general la erupcion; ocupa el cuello, el pecho, la espalda ó los lomos, y rara vez los miembros; ora se manifiesta sucesivamente en muchas regiones diferentes, ora se desarrolla siempre en una misma parte.

»*Curso, duracion, terminacion.*—Caracterizan principalmente la urticaria crónica su curso intermitente con irregularidad y su larga duracion. Por lo comun desaparece la erupcion á las pocas horas; pero se reproduce con mucha frecuencia sin causa apreciable, ó bajo la influencia de las causas ocasionales mas leves (la accion de rascarse, una temperatura elevada, un esceso en la comida ó en la bebida, un ejercicio violento, etc.). Unas veces es de muchos dias ó de muchas semanas el intervalo que separa las erupciones, y otras se suceden tan de cerca, que se reproducen dos ó tres veces en un mismo dia. De este modo se prolonga la enfermedad uno y otro mes, y aun en ocasiones gran número de años.

»Urticaria tuberosa.—Esta variedad es bastante rara; constituyen las chapas nodosidades anchas, duras, profundas, que ocupan el tejido celular subcutáneo, y son análogas á las prominencias del eritema tuberculoso. Pueden manifestarse en toda la superficie del cuerpo, ó solo en una region, que entonces suele ser la de los lomos ó algun miembro; y van acompañadas de desazon, tension en las partes invadidas, dolores articulares y diversos trastornos de la circulacion y de la respiracion. «En un enfermo de las salas de Biett, dicen Cazenave y Schedel, hemos visto una urticaria tuberosa, acompañada de calentura intermitente cotidiana, y que habia durado cuatro años, determinando consecutivamente tumefacciones y distensiones estraordinarias, equimosis, roturas y ulceraciones. En cada acceso ocasionaba una tumefaccion general tan notable en ocasiones, que sufria el paciente verdaderos ataques de sofocacion: los movimientos del pecho se hacian poco estensos; la respiracion era corta; el cuello aparecia hinchado, la cara abotagada y de color violado, los latidos del corazon intermitentes y aun insensibles, siendo preciso mas de una vez practicar largas sangrias, para evitar la muerte que parecia inminente» (loc. cit., p. 66).

»El prurito es menos intenso que en las formas precedentes.

»*Curso, duracion, terminacion.*—El curso y la duracion son los de la urticaria crónica; pero la terminacion presenta caractéres especiales. La erupcion desaparece de pronto, la resolucion de las nodosidades se verifica con rapidez; pero cierto número de tubérculos dejan en pos de sí un equimosis, que tarda muchos dias en reabsorverse; queda el enfermo débil, abatido, y se queja de un cansancio general mas ó menos pronunciado.

»Diagnóstico.—Siempre es fácil el diagnóstico de la urticaria. El color, la prominencia

de las manchas exantemáticas, el prurito y el curso de la erupcion no permiten confundir la enfermedad con ninguna de las formas del *eritema*. Cierto es que la urticaria tuberosa tiene alguna analogia con el *eritema tuberculoso*; pero en este son las nodosidades mas voluminosas y circunscritas; no van acompañadas de prurito, y se resuelven con mucha lentitud.

»En el *lichen urticans* se encuentran constantemente papulas características.

»El pronóstico de la urticaria aguda es siempre favorable; el de las formas crónica y tuberosa es mas grave, en razon de la larga duracion que suele tener la enfermedad, de su resistencia á las medicaciones mas racionales, y de las alteraciones primitivas que tan á menudo acompañan á la erupcion (v. *Causas*).

»Etiologia.—Difieren esencialmente las causas segun las formas de la enfermedad, siendo de estrañar que no hayan hecho los nosógrafos distincion alguna respecto de este punto.

»*Urticaria aguda, febril.*—La calentura urticaria se manifiesta especialmente en los niños, durante el verano; muchas veces se desarrolla sin causa determinante apreciable; pero muchas tambien depende de una escitacion cuya naturaleza varía, como las producidas por: un ejercicio violento, un esceso en la comida, la ingestion de ciertas sustancias, como la carne de puerco, los hongos, la miel, los pepinos, ciertos pescados, los cangrejos, las almejas, etc.; la administracion de la valeriana ó del copaiba; el uso del agua de Seltz, etc. (*urticaria ab ingestis*), el contacto de ciertas orugas, de las ortigas, etc.

»*Urticaria crónica.*—Se desarrolla á veces bajo el imperio de las circunstancias que acabamos de enumerar; pero estas por punto general no hacen mas que reproducir la erupcion. La forma de que hablamos es frecuente en las mujeres, en los ancianos, y en los sugetos que tienen la piel blanca y fina, complicándose casi siempre con alguna afeccion del tubo digestivo, y especialmente del estómago. Acompaña á menudo á las enfermedades del hígado, á la gota, al reumatismo, los desarreglos de la menstruacion y las calenturas intermitentes, y en todos estos casos existe evidentemente algo mas que una simple coincidencia. Preciso es seguramente admitir la predisposicion individual; pero ¿de qué naturaleza es el lazo que une la urticaria á la afeccion primitiva considerada como causa ocasional?

»*Urticaria tuberosa.*—En casi todos los casos parece deberse referir á una causa general esta forma de la urticaria. En efecto, á menudo se presenta en sugetos que padecen púrpura simple ó hemorrágica, y ataca casi esclusivamente á las personas mal constituidas ó debilitadas por largas enfermedades. Se la observa en individuos afectados de caquexia cancerosa ó sifilítica; y acompaña frecuentemente al escorbuto, á las calenturas intermitentes rebeldes dependientes de una alteracion profunda del bazo, á las lesiones graves del estómago y de los intestinos (*reblandecimiento*, *úlceras*, etc.), al cáncer de la matriz, del hígado, del estómago, etc.

»Tratamiento.—El tratamiento está subordinado á las circunstancias en que se manifiesta la enfermedad, y debe variar con su causa.

»En la *urticaria ab ingestis* la primera indicacion es descargar á la economia de las sustancias ingeridas; para lo cual se provocan vómitos y evacuaciones alvinas á beneficio del emético, de la ipecacuana, del sulfato de zinc ó de cobre. «Despues de las evacuaciones, si el enfermo es un adulto, se le da una bebida muy acidulada con ácido nítrico, y 20 á 30 gotas de éter en dos ó tres onzas de agua destilada dulcificada. Al dia siguiente, si no han sido bastante copiosas las evacuaciones alvinas, se prescriben dos onzas de aceite de ricino ú otra sustancia laxante, y al dia inmediato un baño tibio» (Rayer).

«La *urticaria aguda*, sea espontánea ó por causa esterna, no reclama una medicacion activa. La dieta, las bebidas frescas y acídulas, los laxantes suaves, los baños tibios y las lociones con el acetato de plomo líquido dilatado en agua, son los únicos medios que deben emplearse. Algunas veces estan indicadas las emisiones de sangre generales ó locales.

»Tambien es útil la misma medicacion en la *urticaria crónica*, para calmar el prurito, y disminuir la frecuencia y la intension de las erupciones sucesivas; pero generalmente no se obtiene la curacion mientras no se consigue disipar la enfermedad primitiva, de que parece ser la urticaria un simple epifenómeno.

»La *urticaria tuberosa* exige un tratamiento general: á menudo se obtienen buenos efectos de los astringentes, de los amargos, de los tónicos, de las preparaciones marciales. En este caso mas que en otro alguno debe dirigirse la terapéutica contra la enfermedad primitiva.

»Naturaleza, asiento, clasificacion.—Los nosógrafos consideran la urticaria como una afeccion local de la piel, colocándola entre los exantemas; pero este modo de pensar no es mas esacto respecto de la urticaria que de la erisipela, afecciones que ofrecen muchos puntos de contacto.

»Efectivamente la urticaria aguda, espontánea ó de causa esterna, y la crónica desarrollada en un sugeto que disfrute en apariencia de la mejor salud, parecen deber referirse á una lesion local, á una irritacion cutánea. Mas no sucede lo mismo cuando la erupcion es consecutiva, dependiente de una lesion grave, de una alteracion orgánica. Es de creer que la urticaria tuberosa proceda generalmente de una alteracion de la sangre; aunque por desgracia solo pueden formarse hipótesis respecto de este punto.

»Historia y bibliografia.—Celso indica claramente la urticaria, cuando dice que en ocasiones presenta la piel elevaciones análogas á

las que producen las ortigas (*De re medica*, libro I, cap. XXVIII). Todos los nosógrafos, y especialmente Sidenham, Juncker, Sauvages y J. Frank, han dado una descripcion bastante completa de la enfermedad, que en estos últimos tiempos se ha estudiado detenidamente por los profesores que se han ocupado de la patologia cutánea. No sabemos de ninguna monografia que merezca citarse» (MONNERET Y FLEURY, *Comp. de méd. prat.*, t. VIII, p. 332 y siguientes).

CAPITULO V.

De la erisipela.

«ETIMOLOGIA.—No estan de acuerdo los autores sobre la etimologia de esta palabra: unos la hacen derivar de ἐρύω, yo atraigo ó yo arrastro, y de πέλας, junto, porque dicen que la enfermedad se estiende sin dejar intervalos, como si la atrajese alguna cosa; y otros la hacen dimanar de ἐρυθρός, rojo, y de πέλλος, piel.

SINONIMIA.—Ερυσιπέλας de Hipócrates y Galeno.—Επιφλογισμα de Hipócrates; *ignis sacer*, de Celso; *febris erysipelacea*, de Hoffmann y Vogel; *febris erysipelatosa*, de Sidenham; *rosa*, de Sennerto; *erysipelas*, de Sauvages, Linneo, Cullen, Sagar, Young y Swediaur; *emphlysis erysipelas*, de Good; *erisipela* de Pinel, Andral, Alibert, Cazenave y Schedel.

»DEFINICION.—La erisipela es una inflamacion exantemática, difusa, no contagiosa, de la piel, y muchas veces del tejido celular subcutáneo, caracterizada *en su principio* por la rubicundez, el aspecto lustroso, la tumefaccion, el calor, y el dolor de la parte que ocupa.

»DIVISION.—Numerosas son las divisiones que se han hecho en el estudio de la erisipela; pero la mayor parte, como se observa en otras muchas afecciones, solo estriban en algunas circunstancias relativas al grado, á las causas, al curso, y á las complicaciones de la enfermedad. Sauvages (*Nosol. method.*, t. I, p. 173) confundió en una misma denominacion la erisipela, el eritema, las quemaduras y el intertrigo. Pinel adoptó la division siguiente: A. Erisipela simple y fija; B. Erisipela vesicular, pustulosa ó zona, *a.* periódica, *b.* errática; C. Erisipela complicada, *a.* con una fiebre primitiva, 1.° gástrica ó biliosa, 2.° inflamatoria ó flemonosa, 3.° adinámica ó gangrenosa, y 4.° atáxica ó maligna; *b.* con una constitucion depravada; *c.* edematosa de los recien nacidos (*Nosogr. philos.*, t. II, p. 83). José Frank describe las erisipelas local, reumática, inflamatoria, gástrica, nerviosa, artrítica, sintomática de la fiebre intermitente, escorbútica, carcinomatosa y leprosa, y considera el edema, la supuracion, la ulceracion y la gangrena, como otras tantas terminaciones de la enfermedad (*Prax.*, t. II, p. 79, edic. de *l'Encyclop. des sc. méd.*). Algunos autores dividen la erisipela en idiopática, sintomática, traumática y simpática. «Las variedades de la erisipela, dice Bateman, pueden reducirse á cuatro clases principales: 1.° erisipela flemonosa, 2.° edematosa, 3.° gangrenosa, y 4.° errática (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, p. 168). Alibert distingue la erisipela en: 1.° simple; 2.° flemonosa, y 3.° edematosa (*Monogr. des dermatoses*, en 4.°, p. 32); cuya division ha sido tambien adoptada por Rayer (*Traité theor. et prat. des mal. de la peau*, t. I, p. 110). Cazenave y Schedel establecen tres formas: 1.° la erisipela verdadera, 2.° la flemonosa, y 3.° la gangrenosa (*Abrégé prat. des mal. de la peau*, 3.ª edic., p. 15). Atendiendo Chomel y Blache *a.* á los fenómenos generales que acompañan á la erisipela, *b.* á varios fenómenos locales que no son característicos, *c.* á su asiento, y *d.* á su reaparicion, admiten las siguientes formas: 1.° erisipela apirética, 2.° biliosa, 3.° inflamatoria, 4.° adinámica, 5.° atáxica, 6.° flictenoides, 7.° miliar, 8.° edematosa, 9.° gangrenosa, 10.° ulcerosa, 11.° fija, 12.° vaga, 13.° ambulante, y 14.° periódica. Por último, ademas de todas las variedades que acabamos de enumerar, algunos autores describen tambien como tales las erisipelas epidémica, interna, esterna, accidental, tifoidea, intermitente, fulminante (*erysipelas siderans*), metastática, crítica, etc.

»En oposicion á la erisipela llamada *verdadera*, establecen algunos autores una erisipela *falsa*, y Chelius solo admite estas dos especies en su division de la enfermedad que nos ocupa, empleando indistintamente el nombre de *erisipela falsa* y el de *eritema*; el cual puede ser idiopático (*eritema* propiamente dicho), ó sintomático. Pero es evidente por la descripcion que hace este autor, que con el nombre de *erisipela falsa sintomática*, solo describe la erisipela flemonosa ó complicada (*Traité de chirurgie*, trad. de Pigne; t. I, p. 32). El doctor Bonorden da por carácter especial de la erisipela falsa, la inflamacion de las fascias; pero nos será fácil demostrar que esta especie en nada difiere de la erisipela flemonosa (*Medicinische zeitung von Preussen*, mayo 1834).

»La division adoptada por Naumann es todavia mucho mas complicada que todas las que acabamos de referir, y vamos á copiarla, con el objeto de hacer ver que es ilimitado, por decirlo asi, el número de especies que pueden establecerse en la descripcion de una enfermedad. Este médico distingue:

»A. Una erisipela simple (*erys. verum*, *legitimum*, *exanthematicum*), subdividida en: 1.° erys. febrile; 2.° apireticum; 3.° glabrum, lævigatum; 4.° phlictænosum (*miliare*, *vesiculare*, *bullosum*, *pemphigodes*, *pustulosum*); 5.° œdematosum primarium; 6.° œdematosum secundarium; 7.° scirrhodes (*induratio erysipelatosa*); 8.° habituale (*chronicum*, *periodicum*), etc.

»B. Una erisipela complicada que subdivide en: 1.° erys. phlegmonosum; 2.° gastricum; 3.° typhosum (*nervosum*); gangrænosum (*sep-*

ticum, *malignum*, *sphacelosum*), y 5.° cacheptícum).

»Naumann describe en seguida, refiriéndolos á la erisipela: 1.° la ictericia de los recien nacidos; 2.° el eritema; 3.° el endurecimiento del tejido celular *(escleroma)*, y 4.° el herpes zoster *(zona, eris. zoster) (Handbuch der medicinischen Klinik*, t. III, 2.ª parte, p. 196).

»Sanson en sus lecciones clínicas del Hôtel-Dieu, divide la erisipela segun su asiento anatómico, en: 1.° erisipela propiamente dicha: 2.° linfática, y 3.° venosa (Boinet, *Des constitutions erysipelatenses qui regnent habituellement à l'Hôtel Dieu de Paris*, etc., en el *Journal des connaissances médico-chirurg.*, t. VI, p. 13). Esta division seria ciertamente la mejor, si estuviera universalmente demostrada su esactitud, y si pudiera establecerse en todos los períodos de la enfermedad. Nosotros estudiaremos cuidadosamente las ideas en que se apoya, al tratar de los síntomas, de la naturaleza y del asiento de la erisipela. Por último, se han establecido tres diferentes formas con relacion á la edad de los enfermos, describiendo: 1.° una erisipela de los recien nacidos; 2.° de los adultos, y 3.° de los viejos. La primera no ofrece tal vez otra cosa de particular que su asiento; y la última tiene algunos caractéres comunes á todas las flegmasias que se manifiestan en la vejez: sin embargo conservaremos estas dos formas.

»En vista de esta diversidad de opiniones relativamente á las formas con que puede presentarse la erisipela, hemos examinado si era posible establecer una division mas simple, y á la vez mas práctica y racional, que las propuestas hasta aquí; y dejando la descripcion de las variedades conocidas con los nombres de erisipelas *fija*, *vaga*, *ambulante*, *errática*, *intermitente* y *periódica*, para cuando tratemos del *curso de la enfermedad*, nos ha parecido que el estado flictenoideo, el edema, la supuracion, y en ciertos casos la gangrena, solo deben considerarse como diversos grados, y no como formas de la enfermedad. Con arreglo á estas consideraciones adoptamos la siguiente division, que creemos está fundada en los datos que dá de sí el detenido estudio de los fenómenos morbosos:

»A. *Erisipela simple*: *a.* Erisipela limitada á la piel (*cutitis, dermitis*), 1.er *grado* que corresponde á la erisipela *exantemática* de Rust, á la superficial de James, á la *legítima* de Naumann, y á la *verdadera* de Cazenave y Schedel; 2.° *grado*, que comprende las erisipelas *miliar*, *vesicular* ó *eczematosa*, y la *flictenoides* ó ampollosa de los autores; 3.er *grado*, caracterizado por la formacion de abscesos circunscritos en el espesor del dermis; 4.° *grado* marcado por la gangrena de la piel *á causa de la violencia de la inflamacion*: *b. Erisipela que se propaga á la piel y al tejido celular subcutáneo*, 1.er *grado*, correspondiente á la erisipela edematosa de los autores; 2.° *grado*, ó erisipela *flemonosa* de los autores, y 3.er *grado*, ó erisipela *gangrenosa*, por la intension de la flegmasia, por una estrangulacion, *ó por la estructura anatómica de la parte enferma.*

»B. *Erisipela complicada*: 1.° con infarto gástrico *(erisipela biliosa)*; 2.° con una fiebre grave ó una afeccion general *(erisipela adinámica, atáxica, maligna, ulcerosa, y gangrenosa á causa de la naturaleza y no de la intension de la inflamacion)*, y 3.° con una lesion de continuidad *(erisipela traumática).*

»Despues de haber estudiado estas formas principales de la afeccion, indicaremos las consideraciones particulares que puedan hacerse, segun que la flegmasia ocupe tal ó cual parte del cuerpo, y entonces mencionaremos: 1.° la erisipela de la piel del cráneo; 2.° la de la cara; 3.° la de las mamas; 4.° del tronco; 5.° de los órganos genitales; 6.° de los miembros; 7.° la erisipela general, y 8.° en fin, la erisipela interna. La de los recien nacidos y la de los viejos las describiremos como variedades.

»Alteraciones anatómicas.—*Erisipela simple limitada á la piel.*—Reina todavia mucha oscuridad en el estudio anatomo-patológico de la erisipela. Las alteraciones varian, como se deja conocer, en los diferentes grados de la enfermedad, y en el primero, que es cuando mas importaria determinarlas, es en el que se presentan mayores dificultades para conseguirlo; de donde resulta, que cada autor ha podido describir las lesiones que estuviesen en relacion con sus ideas sobre el asiento y naturaleza de la erisipela.

»La piel, segun Louis, está dura, gruesa y friable (*Lancette française*, t. VII, p. 215; 1835), y se halla algo tumefacta, como puede reconocerse por el tacto en los límites de las chapas inflamadas (Gendrin, *Hist. anat. des inflamations*, t. I, p. 416). Segun Sanson, la elevacion varia de altura y consistencia en las diferentes regiones del cuerpo: es poco sensible donde la piel es blanda, fina y movible; y muy notable y de considerable dureza en los puntos en que la piel está dura, engrosada y fija á las partes profundas por un tejido celular poco estensible; cuyos caractéres se observan en la frente y en la nariz. En el muslo, la superficie es generalmente escabrosa, áspera al tacto, desigual y como desecada; y cuando se la examina con la lente, aparece sembrada de gran número de flictenitas (Boinet, mem. cit.). Despues de la muerte, cuando se ha enfriado ya el cuerpo, las regiones enfermas presentan segun Chomel y Blache (*Dict. de méd.*, t. XII, p. 235), un tinte blanquecino que reemplaza á la rubicundez; el epidermis se desprende con facilidad, y la presion del dedo sobre la piel, determina un hundimiento mas ó menos considerable. Gendrin advierte igualmente, que cuando la inflamacion de la piel ha sido poco intensa, no queda de ella ningun vestigio algunas horas despues de la muerte, observándose apenas algunos capilares inyectados en la superficie cutánea; pero

si se examina el cadaver á las treinta ó cuarenta horas, se ve que toda la superficie que habia estado inflamada, y en la que no se habia podido reconocer antes ninguna alteracion, empieza á tomar un color violado y el aspecto de la infiltracion sanguínea que se nota en las partes declives de los cadáveres: esta alteracion, ni es constante, ni se la ve en todos los casos en una misma época. Cuando es todavia mas largo el tiempo transcurrido despues de la muerte, se desprende el epidermis en el punto donde residiera la flegmasia por muy ligera que esta fuese, antes con mucho que tal suceda en las demas partes, y sobre todo sin que sea todavia bien evidente la putrefaccion (loc. cit., p. 419).

»Segun la mayor parte de los autores, estas alteraciones son las que caracterizan el primer grado de la erisipela; Sanson cree que pertenecen esclusivamente á la forma que llama *erisipela propiamente dicha* ó *cutitis*, y Blandin opina que la inflamacion de la piel es en todos los casos de erisipela, posterior á la de los vasos linfáticos capilares que se distribuyen en la parte enferma (*Nouvelle doctrine sur l'erysipele*; en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. V, p. 8).

»Tambien admite Sanson la linfitis capilar y aun la inflamacion de los grandes troncos linfáticos de los miembros, pero solo en la forma que denomina *erisipela linfática*. Ribes considera la erisipela como una flebitis capilar: «Las venillas de los tegumentos, dice este autor, estan visible y principalmente afectadas; la rubicundez inflamatoria es sobre todo notable en la túnica interna de estos vasos, cuya cavidad está llena de pus, y los ramillos arteriales y los vasos linfáticos se hallan tambien afectados, pero en un grado menor que los capilares venosos» (*Mém. de la Soc. med. de emulation*; t. VIII, p. 622). Copland dice haber observado tambien la inflamacion de las venas, pero únicamente cuando la enfermedad se habia propagado al tejido celular subcutáneo (*A dict. of pract. med.*, part. III, p. 824).

»Rayer combate esta opinion; pues dice que en muchos individuos que habian muerto de erisipela, no ha podido observarse el mas ligero vestigio de inflamacion de las arteriolas ni de las venillas cutáneas. Diremos con Sanson que esta flegmasia se halla únicamente en una forma de la erisipela (erisipela venosa)? A nuestro parecer no puede resolverse la cuestion en el estado actual de la ciencia; y el mismo Sanson ha tenido mas bien en cuenta la sintomatologia que la anatomia patológica, al establecer los caractéres diferenciales de sus tres formas erisipelatosas.

»Cuando se verifica la muerte despues que la inflamacion ha pasado al segundo grado, se ve la epidermis elevada, ora en puntos muy circunscritos y numerosos *(erisipela miliar, vesicular, eczematosa)*, ora solamente en una ó en algunas superficies, mas ó menos anchas, irregulares ó redondeadas *(erisipela flictenoides ampulosa)*. Cuando no se ha roto el epidermis, se encuentra debajo de él una serosidad amarillenta, algo viscosa, inodora, ácre y de un sabor salado; la cual es á veces sero-purulenta ó puriforme *(erisipela pustulosa)*, y por último, puede ser negruzca y muy fétida *(erisipela gangrenosa)*. Si se ha roto el epidermis durante la vida, la superficie denudada del dermis está cubierta por una costra amarillenta mas ó menos gruesa, semejante á la que se observa en las partes que son asiento de un eczema impetiginodes ó de un impétigo *(erysipelas scabrum, crustosum)*; otras veces se forma despues de roto el epidermis una capa seudo-membranosa, amorfa, semejante á la que se encuentra en las superficies denudadas por un vejigatorio. Segun que la inflamacion ha sido mas ó menos violenta, se observa una débil inyeccion vascular en las areolas del dermis, una inyeccion muy evidente del tejido reticular, acompañada de engrosamiento de la porcion de la piel que se halla por fuera del corion, y vasos inyectados en el dermis; y cuando la inflamacion ha sido escesiva, no pueden distinguirse ya los vasos, que únicamente son visibles alrededor del foco de la flegmasia hácia sus límites: en el centro está el tejido dermoides uniformemente rojo y como combinado con la sangre infiltrada, cuyo aspecto no varía aunque se hagan repetidas lavaduras; sino que subsiste del mismo modo, hasta que se apodera la putrefaccion de la piel, convirtiendo esta membrana en una papilla roja, agrisada y difluente. Cuando la inflamacion afecta todo el espesor de la piel, se halla esta como carnificada, de una estructura en la apariencia homogénea, roja, esponjosa y fácil de desgarrar en todos sentidos; el dermis está muy poco tumefacto, y ya no se reconoce su estructura areolar ni su tejido adiposo (Gendrin, loc. cit., p. 420-422).

»En otros casos mas raros, sin que la erisipela se haga flemonosa, limitando la inflamacion sus progresos al tejido reticular del dermis, produce en él unos abscesos pequeños, regularmente circunscritos, y jamás tan difusos como en los casos en que está invadido el tejido celular laminoso; los cuales se encuentran especialmente en la erisipela de los pies y de las manos (Lepelletier, de la Sarthe, *Des differentes especes d'erysipeles, et de leur traitement*. tésis de oposicion, 1836, p. 37).

»Por último, cuando la inflamacion ha sido bastante violenta para producir la gangrena, se encuentran, ora flictenas de serosidad negruzca, ora, en los casos en que se ha destruido el epidermis, una superficie denudada de aspecto lívido, y sembrada de manchas negras: á veces se hallan las flictenas encima de ulceraciones irregulares. Cuando estan ya formadas las escaras, son estas por lo comun blandas, y muy infiltradas de pus y de serosidad. Las paredes de los vasos dermoideos aparecen negras, y se desgarran muy fácilmente.

»Cuando persiste algun tiempo una erisipela superficial, ó lo que es mas frecuente, cuando se reproduce muchas veces en una misma parte *(erisipela intermitente, periódica)*, adquiere el dermis cierta dureza, se infiltra en todo su espesor y pierde gran parte de su tenacidad; y aunque la inflamacion solo ocupe su superficie, y sea todavia evidente su disposicion areolar, desaparece la grasa de sus areolas (Gendrin, loc. cit., p. 423-475).

»*Erisipela simple situada en la piel y el tejido celular subcutáneo.*—Cuando la inflamacion erisipelatosa ocupa la piel y el tejido celular subcutáneo, se forma segun el grado de la flegmasia y la disposicion de las partes, un derrame de serosidad ó de pus; la gangrena invade muchas veces superficies mas ó menos estensas, y por lo comun se suceden estos tres estados con mas ó menos rapidez. Estudiando ahora los caractéres anatómicos de fuera adentro, y recorriendo todos los grados de la alteracion y de los desórdenes que trae consigo, se encuentra la piel tensa, lustrosa ó marchita, adelgazada y desprendida en una estension mas ó menos considerable, gangrenada en muchos puntos y redoblada sobre sí misma hácia dentro en los bordes de las aberturas efectuadas por la naturaleza ó por el arte. El desprendimiento puede estenderse á todo un miembro: Lepelletier lo ha visto algunas veces propagarse á la pelvis, al muslo, la pierna y al pie; existiendo solo algunas adherencias al nivel de las articulaciones (loc. cit., p. 150). «Por debajo de la piel desprendida se ven en varios puntos pequeñas bridas, únicos medios de union que restan entre el dermis y las partes subyacentes; cuyas bridas estan formadas por vasos y nervios que no han sido destruidos, y que es preciso guardarse de romper» (Dupuytren *Leçons orales*, t. II, p. 312). Una incision, profunda hecha en los tegumentos pone de manifiesto el tejido celular subcutáneo, infartado de un líquido seroso, sero-sanguinolento ó lactescente *(erisipela edematosa)*; otras veces poca ó ninguna serosidad sale por la incision, remplazándola una materia blanca como la leche, y de consistencia casi igual á la del tocino (Dupuytren, loc. cit.); por último, se halla pus infiltrado en el tejido celular, que en algunos puntos está bañado por un líquido sanguinolento, ó contiene uno ó mas focos *(erisipela flemonosa, flemon difuso, flemon erisipelatoso)*. Muchas veces destruye el pus el tejido celular intermuscular; diseca por decirlo asi los músculos, y penetra hasta las partes mas profundas, siguiendo diversas direcciones segun la disposicion de las aponeurosis que existen en el punto enfermo. El tejido celular no tarda en mortificarse y desprenderse á pedazos: estos se resisten al principio cuando se los coge con las pinzas, y si una vez estraidos se los sumerge en agua, se separa de ellos el pus. Cuando despues de verificada esta separacion, se los mantiene en el mismo líquido, se cubren de una materia tomentosa, semejante á la que reviste las membranas de un feto de uno á tres meses; teniéndolos mas tiempo en maceracion, se reducen á una trama celulosa cubierta de falsas membranas, y al fin solo queda la trama celular (Dupuytren, loc. cit.). Cuando está la gangrena mas adelantada, tiene el tejido celular un color agrisado ó negruzco, y se desprende en pedazos considerables, aislados ó casi sin adherencias, que nadan en medio de un pus líquido y mal elaborado. Por último, la gangrena invade muchas veces, no solamente la piel y el tejido celular subcutáneo é inter-muscular, sino tambien las aponeurosis, el periostio y los mismos huesos. En estos casos graves presentan muy á menudo los cadáveres alteraciones propias de las flegmasias pulmonales, cerebrales y gastro-intestinales, que pueden complicar la erisipela; encontrándose otras veces pequeñas colecciones purulentas en el hígado ó en los pulmones (Lepelletier, loc. cit., p. 148). No seria del caso describir ahora todas las alteraciones que se observan en la *erisipela complicada*; pues no ofrecen nada de particular con respecto á la enfermedad primitiva, y varian segun la naturaleza de las complicaciones. José Frank habla de un color rojo particular de la superficie esterna de las vísceras, y sobre todo del encéfalo y los pulmones; cuyo color sonrosado ó de escarlata, se encuentra tambien á veces en las meninges, la pleura y el peritoneo, existiendo entonces derrames serosos ó puriformes en las cavidades inmediatas: «Apenas, dice al terminar José Frank, nos ha sucedido una sola vez haber dejado de encontrar en la autopsia de los enfermos muertos de erisipela, alguna lesion anterior, tal como un absceso del oido, una caries de las células mastoideas, del hueso maxilar, del frontal, un infarto ó un escirro del hígado, ó bien alguna lesion de la vesícula biliaria» (loc. cit., p. 74). Esta asercion es evidentemente demasiado general; pues no se observa tan á menudo la erisipela *sintomática*; y las lesiones de que habla J. Frank, son con tanta frecuencia posteriores como anteriores, y muchas veces ademas independientes del exantema.

»Síntomas. —Algunos autores creen que en la erisipela mas superficial, en la mas *benigna*, segun su espresion, participa siempre mas ó menos de la inflamacion de la piel, el tejido celular subdérmico; pero es imposible admitir que tal suceda constantemente, pues se han visto casos, como diremos muy luego, en que la inflamacion erisipelatosa habia sido bastante violenta para producir abscesos en el *espesor del dermis*, y en que sin embargo habia permanecido completamente exento de inflamacion el tejido celular subcutáneo. Pasaremos por consiguiente á describir los síntomas de la erisipela, siguiendo la division que mas arriba hemos espuesto.

»A. *Erisipela simple limitada á la piel.*—*Prodromos.*—Creen la mayor parte de los autores que la erisipela se anuncia ordinariamen-

te por algunos prodromos, y J. Copland opina que siempre sucede asi (loc. cit., p. 818). Rayer es de dictamen enteramente opuesto, y no admite la existencia de prodromos, sino cuando la erisipela está complicada con una saburra gástrica: «Los fenomenos morbosos, dice este médico, que indican los autores como *signos precursores* de la erisipela, no son otra cosa que los síntomas de la irritacion gastro-intestinal» (loc. cit., p. 109). La observacion exige que nos coloquemos entre estas dos aserciones, pues ambas son escesivamente esclusivas.

»Los prodromos son de dos clases, generales y locales: entre los primeros es la fiebre uno de los mas constantes, aunque tambien puede manifestarse al mismo tiempo ó aun despues que la erisipela. En veinte enfermos observados por P. Frank, fue primitiva doce veces, simultánea seis, y consecutiva dos: en ciertos casos, aunque raros, falta enteramente (*erysipela apyreticum*). La fiebre primitiva disminuye por lo comun asi que se manifiesta la tumefaccion cutánea; pero puede sufrir exacerbaciones durante el período de aumento del exantema, y en algunos casos en razon de la intensidad ó del asiento del mal, persiste y aun se aumenta hasta el fin, como sucede en la erisipela de la cara segun Naumann (loc. cit., p. 199). Este médico ha observado igualmente, que la invasion de la fiebre que precede, acompaña ó sigue, á la erisipela (*febris erysipelatosa* de Sidenham, *febris erysipelacea* de F. Hoffmann, *febris erysipelatodes* de algunos autores) se anuncia casi siempre por un escalofrio mas ó menos intenso y prolongado, y por una cefalalgia que está en relacion directa con él: muy luego se manifiesta el movimiento de reaccion (12 á 30 horas), se aumenta el calor animal, se acelera el pulso, esperimenta el enfermo una laxitud general, dolores en los riñones, y sobrevienen náuseas y vómitos, cuyos síntomas disminuyen asi que aparece un abundante sudor. Por lo comun los síntomas precursores generales son tanto mas marcados, cuanto mayor la gravedad de la erisipela, asi por su estension como por el sitio que ocupa (Chomel y Blache, artículo citado); y aunque pueden faltar enteramente, es muy raro que tal suceda: Sanson no los ha visto faltar mas que una vez (*Des constitutions erysipelateuses qui regnent habituellement à l'Hôtel Dieu de Paris*, en el *Journ. des conn. méd-chir.*, t. VI, p. 13). No son menos marcados los fenómenos que se manifiestan en la parte que ha de ser asiento de la erisipela: antes que pueda apreciarse nada por los sentidos, esperimenta en ella el enfermo sequedad, prurito, calor y una sensacion de tension y peso. (Chomel, artículo citado) considera como uno de los síntomas precursores locales mas notables de la erisipela, la hinchazon dolorosa de los gánglios linfáticos inmediatos al punto donde ha de verificarse la erupcion, de los del cuello, por ejemplo, cuando la erisipela debe manifestarse en la cabeza, y de los que corresponden á la íngle ó axila, cuando ha de tener su asiento en los miembros. Ya Borsieri habia llamado la atencion sobre este punto: «Illud etiam probe memoria tenendum est, dice este autor, quod »crebris observationibus constitit, si erysipelas »artubus inferioribus incubiturum sit, inguinis »et femoris glandulas conglobatas, vasis crura»libus adsitas, antequam se exerat, leviter do»lere atque intumescere consuevisse; axillares »vero ac cervicales si brachiis aut superioribus »locis immineat.» Segun Chomel este prodromo es casi constante en la erisipela primitiva, al paso que no existe en las consecutivas que sobrevienen á veces hácia el fin de las fiebres graves, de los reumatismos, etc. (Pidoux, *Revue de la clinique de Chomel* en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 227). Como era natural, se ha apoyado Blandin en estas palabras para sostener su opinion: «Asi es, dice, que la linfitis no solo predomina, sino que preexiste» (*Nouv. doctrine de Blandin sur l'erysipele* en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. V, p. 8). Ya volveremos á ocuparnos de esta asercion.

»Al cabo de veinticuatro horas, y á veces el segundo, tercero, ó solo despues del quinto dia, aparecen los síntomas locales que caracterizan la erisipela. Vamos á estudiarlos aisladamente en los diversos grados que hemos establecido.

»1.er *grado.* (*Erisipela exantemática, eritematosa, verdadera, legítima, benigna*).—Suele manifestarse por una rubicundez, cuyo grado varia desde el color de rosa ligero hasta el violado, á veces amarillenta, y de un tinte tanto mas oscuro, cuanto mas cerca se halla la enfermedad de su mayor grado de intension. Esta rubicundez, dispuesta al principio por estrias, por líneas anastomosadas entre sí de diversos modos y por chapas, se difunde al cabo uniformemente en una superficie mas ó menos intensa, siempre irregular, y desaparece como en todos los exantemas á la presion del dedo, reproduciéndose en seguida. Este caracter, que los autores consideran como constante, no existe sin embargo en todos los casos: «Nosotros lo hemos visto faltar, dice Lepelletier, cuando el infarto vascular era muy considerable, en cuyo caso se presenta ordinariamente una coloracion violada oscura» (tésis cit., p. 50). Al mismo tiempo que se colora la piel, aumenta su temperatura, sintiéndose un *calor* seco, ácre, mordicante y contínuo, ó que sobreviene por especies de crisis: á veces se manifiesta con varios intervalos una sensacion instantánea, igual á la que produciria un cauterio actual que se pasase á cierta distancia de la parte. Atendiendo solo á las sensaciones del enfermo, se creeria que la elevacion de temperatura en la parte afectada era muy considerable; pero los esperimentos termométricos demuestran por el contrario, que no existe mas que un esceso de tres ó cuatro grados (Lepelletier, tésis citada, página 51). Casi siempre acompaña á la erisipela

un *dolor* mas ó menos vivo, el cual es quemante, tensivo ó pruriginoso, comparándolo á veces los enfermos á la sensacion que producirian muchos alfilerazos: en otros casos no sienten mas que un ligero estupor. La sensacion dolorosa es igual en todos los puntos de la superficie enferma; es continua ó se reproduce por intervalos, y se exaspera por el mas ligero contacto. En algunos casos raros no se siente el dolor sino hácia el fin de la erisipela, cuando empieza la descamacion. La parte enferma presenta una *tumefaccion*, que no siempre puede apreciarse con la vista, pero que se reconoce fácilmente por el tacto, y aunque varia segun el sitio de la inflamacion, generalmente es gradual, no presenta la figura cónica como el divieso, ni tampoco el relieve redondeado que se observa en el flemon, y se pierde insensiblemente á medida que se acerca á las partes sanas circunyacentes, las que sin embargo estan separadas muchas veces de la superficie erisipelada por una especie de rodete. La *consistencia* de las partes enfermas es mayor, siendo unas veces elástica y renitente, y presentándose otras una ligera pastosidad edematosa. El aspecto de la piel es variable; pues ora aparece el tegumento liso, tenso y brillante, ora rugoso, desigual y como áspero. Las *funciones* de la parte enferma estan mas ó menos alteradas: la traspiracion cutánea deja de verificarse; los movimientos son torpes, difíciles, dolorosos y á veces imposibles. Por lo demas varian las alteraciones funcionales segun el sitio de la erisipela. Así es que cuando esta ocupa los labios, no puede el enfermo articular los sonidos, y si tiene su asiento en los párpados ó en el oido, hay una ceguera ó una sordera momentánea, etc.

»Mientras la inflamacion no escede ciertos límites de intension, y su curso es regular, los síntomas locales que hemos enumerado van en aumento por espacio de dos ó tres dias; hácia el cuarto ó el quinto, la rubicundez se pone pálida, y toma un color amarillento ó parduzco; disminuye la hinchazon y se arruga la piel. El sesto ó sétimo dia empieza á esfoliarse el epidermis, ora en forma de un polvo blanquizco muy fino, ora en escamitas mas ó menos considerables. La descamacion se limita comunmente á la superficie enferma; aunque en ciertos casos, sin embargo, se estiende tambien á otros puntos: Marcus ha visto desprenderse todo el epidermis del cuerpo á consecuencia de una erisipela del pie (Naumann, loc. cit., página 304). En ciertos casos va la esfoliacion acompañada de un prurito muy vivo. Cualquiera que sea la época en que se manifieste, indica de una manera cierta la terminacion de la enfermedad, aunque no existe sin embargo cuando esta desaparece por delitescencia ó metastasis. La descamacion se prolonga ordinariamente por espacio de tres á cinco dias; pero hasta despues de uno ó muchos septenarios no vuelve la piel á adquirir su aspecto natural, pudiendo decirse que ha desaparecido todo vestigio de erisipela. Cuando la enfermedad se reproduce muchas veces en una misma parte, suele quedar esta en los intervalos de un color violado, pastosa y ligeramente edematosa.

»Los síntomas generales que acompañan y siguen al desarrollo de la erisipela, son variables: á veces faltan enteramente, y ni aun el pulso presenta alteracion alguna (*erisipela apirética*); otras una moderada frecüencia de este (70 á 80 pulsaciones por minuto), y un aumento del calor general, son los únicos que se observan (fiebre erisipelatosa de algunos autores); y no es raro, en fin, ver un aparato febril intenso, un pulso desarrollado, duro y frecuente (80 á 100 pulsaciones por minuto), cefalalgia, y calor y rubicundez generales de los tegumentos; en cuyo caso los síntomas locales llegan igualmente al summum de intension, y la enfermedad pasa por lo comun á los grados siguientes, ó se estiende al tejido celular subcutáneo (*erisipela inflamatoria*).

»2.º *Grado.* (*Erisipela flictenoides*).—Cuando la inflamacion erisipelatosa es mas intensa que la á que se refieren los síntomas que acabamos de describir, se verifica por debajo del epidermis una exhalacion morbosa, que levantando esta primera capa cutánea, forma flictenas análogas á las que producen la vesicacion ó una quemadura de segundo grado: estas flictenas se manifiestan á veces desde el principio de la inflamacion. Naumann las ha observado aun antes que la piel se pusiera manifiestamente roja (loc. cit., p. 201); pero comunmente no se desarrollan hasta el segundo ó tercer dia: unas veces son muy numerosas y pequeñas, aisladas, semejantes á las vesículas del eczema, llenas de una serosidad diáfana (*erisipela miliar*, *vesicular*, *eczematosa)*, ó de un fluido lactescente puriforme (*erisipela pustulosa)*; y otras existen en corto número, son mas anchas, de un diámetro que varia desde dos ó tres líneas hasta una ó dos pulgadas, irregulares ó hemisféricas, y llenas de una serosidad cetrina: á menudo se reunen entre sí formando solo una ancha ampolla (*erysipelas bullosum*, *pemphigodes*). Una vez formadas las flictenas, se ven algunos casos muy raros, en que al cabo de dos ó tres dias se reabsorve el fluido que contienen, quedando intacto el epidermis (Naumann, loc. cit., página 201); pero casi siempre se rompe este, y desde el primero ó segundo dia se derrama el líquido, dejando descubierto el dermis, en cuya superficie continúa verificándose una secrecion serosa ó purulenta. En el primer caso la serosidad no tarda en concretarse y en formar escamitas delgadas y blanquecinas, que se desprenden fácilmente; y en el segundo se ven costras amarillentas, morenas ó negruzcas, semejantes á las que existen en el impétigo, muy adherentes, que á veces cubren una nueva cantidad de pus, cuya presencia sostiene la inflamacion de la parte enferma (*erysipelas scabrum*, *crustosum*). Estas costras no se caen en

ciertos casos sino al cabo de muchos dias, reemplazándolas muy luego otras mas ténues, hasta que por grados desaparece la secrecion morbosa, y la piel vuelve á adquirir sus caractéres normales.

»En el segundo grado de la erisipela son mas marcados que en el primero los síntomas generales y locales; el líquido que fluye de las flictenas irrita las partes circunyacentes con que se pone en contacto, y las escoria; la cicatrizacion solo se completa por lo comun hácia el fin del segundo septenario; á veces persiste la fiebre aun despues de concluida la descamacion, y no desaparece sino hácia el décimosesto ó vigésimo dia (Naumann).

»El grado de inflamacion necesario para que se eleve el epidermis, no es siempre idéntico en todas las regiones del cuerpo; pues la estructura de las partes parece ejercer mucha influencia respecto de este punto, y como en breve diremos, la erisipela flictenoides se observa especialmente en la cara.

»3.er *grado*. En algunos casos, aunque muy raros, adquiere la flegmasia una intension todavia mayor, sin necesidad de estenderse al tejido celular subcutáneo, y da lugar á nuevos síntomas, procedentes de la estructura compacta de la piel, que se opone al derrame de serosidad en las mallas del tejido celular cutáneo, y á la formacion difusa del pus. Háyase ó no elevado el epidermis, vemos del tercero al sesto dia que el tumor erisipelatoso se pone pálido, se deprime, y disminuyen todos los síntomas locales, sin que por eso se verifique la descamacion; el enfermo tiene escalofrios, á veces náuseas, una ligera fiebre contínua ó con exacerbacion por la tarde, y muy luego se observa en la parte afectada una depresion central bastante notable, en cuyo alrededor está el dermis pastoso y como ligeramente edematoso. Al cabo de dos ó tres dias se manifiesta fluctuacion; en el espesor del dermis se forma un foco purulento, circunscrito y poco estenso, el cual propende á abrirse á lo esterior, cuando está situado en el tercio esterno del espesor de la piel. Si entonces se abandona el mal á la naturaleza, se adelgaza el dermis, se pone pálido y al fin se ulcera; observándose en una palabra, los mismos fenómenos que acompañan al desarrollo y al curso de los abscesos superficiales. Cuando el foco está colocado en el tercio interno, propende el pus á abrirse paso hácia las partes profundas; en cuyo caso la superficie esterna de los tegumentos vuelve casi á tomar su aspecto natural; mientras el líquido morboso desorganiza los tejidos situados debajo de él, y constituye una coleccion, que si el cirujano no se apresura á darle salida con el bisturí, puede hacerse muy abundante, é ir acompañada de todos los caractéres locales de la erisipela flemonosa circunscrita, sobre los que no debemos insistir aquí.

»Ya se deja conocer, que en este tercer grado de la erisipela simple de la piel los prodromos y los síntomas locales y generales han de ser por lo comun mas graduados que en las dos formas precedentes; pero conviene saber tambien, que en ciertas personas, en virtud de una predisposicion desconocida, que algunos autores no tendrian inconveniente en llamar *diatesis purulenta*, se forma el pus, aunque la erisipela haya sido apirética, y los fenómenos locales no hayan presentado una intension mayor de la que se observa en los casos en que la enfermedad termina por resolucion.

»4.° *grado*. Por último, se ha visto sobrevenir la gangrena por el solo hecho de ser intensa la inflamacion; y es importante distinguir estos casos, que por lo demas son escepcionales, de aquellos en que depende la gangrena de un estado general que indicaremos al tratar de la erisipela complicada. En el caso de que vamos hablando, el tumor erisipelatoso presenta desde el principio un color rojo oscuro, violado ó pardúzco, que no desaparece á la presion del dedo; se pone blando y se cubre de flictenas llenas de un líquido amoratado, gris y fétido. Cuando se rompe el epidermis, se ven en la superficie desnuda manchitas blancas, pardas ó negras, que no tardan en reunirse para formar una pequeña escara. Esta es mas ó menos gruesa; á veces solo interesa las capas mas superficiales del dermis, sin estenderse á las mas profundas, y se desprende al cabo de algunos dias, dejando en su lugar una úlcera, que siendo simple la erisipela, no tarda en segregar un pus de buena naturaleza, y en cicatrizarse.

»Asi pues, la erisipela gangrenosa simple solo presenta de particular la modificacion de una parte mas ó menos estensa de la piel, anunciada y determinada por una inflamacion local muy intensa, á la que acompañan síntomas de reaccion general por lo comun muy marcados (*erisipela inflamatoria*), pero que sin embargo no estan siempre en relacion con los síntomas inflamatorios locales.

»B. *Erisipela de la piel y del tejido celular subcutáneo*. —Antes de entrar en la descripcion de los síntomas de esta segunda forma de la erisipela, debemos enunciar una opinion de la que volveremos á hablar en otra parte (véase *Diagnóstico*), á saber; que en nuestro concepto los síntomas locales de toda erisipela *empiezan por la piel*: condicion que nos parece indispensable establecer, para que cesen las ideas confusas que reinan en casi todas las obras modernas, en las que se emplean indiferentemente y como sinónimas, las denominaciones de *erisipela edematosa* y *edema erisipelatosa*, *erisipela flemonosa* y *flemon erisipelatoso* ó *flemon difuso*.

»Nosotros pues, no diremos con Boyer que «en la *erisipela edematosa* el edema ó la infiltracion de serosidad es la afeccion primitiva principal» (*Traité des malad. chirurg.*, t. II, p. 8), ni con Chomel y Blache que «la erisipela edematosa es la que se manifiesta en una parte afectada de edema» (*Dict. de méd.*, t. XII, p. 226), porque es evidente que en este caso

no existe una erisipela edematosa, sino un edema ó anasarca complicado con erisipela; edema ó anasarca que por otra parte son casi siempre sintomáticos. Por lo demas, ya conoció Boyer que asi debia considerarse la cuestion, porque añade despues de la frase que hemos referido: «La inflamacion erisipelatosa que se agrega á esta enfermedad (el edema), debe mirarse únicamente como una complicacion.

»Tampoco opinamos con Lepelletier, que «en el desarrollo completo de la erisipela flemonosa son invadidos la piel y el tejido celular; pero el curso progresivo de la inflamacion varia segun los casos, pudiéndose efectuar desde la piel al tejido celular laminoso ó vice versa» (tésis citada, p. 152); porque esto es confundir tambien la erisipela flemonosa, y el flemon complicado con erisipela. «La erisipela, dice con razon Richerand, difiere esencialmente del flemon por su asiento, que lo tiene primitivamente en la piel, aunque pueda estenderse al tejido celular subyacente» (*Nosogr. chirurg.*, t. I, p. 149). Nosotros adoptamos enteramente esta distincion, y el desarrollo primitivo de la inflamacion en la piel, es, repetimos, á nuestro parecer, el caracter esencial de toda erisipela. En este supuesto, cuando la inflamacion erisipelatosa se estiende desde la piel al tejido celular subcutáneo, se manifiestan algunos síntomas, que varian segun el asiento que ocupa la enfermedad, la constitucion de los enfermos, su estado de salud anterior, y sobre todo, segun el grado de la flegmasia, la cual, como dice muy bien Bateman, ejerce en este caso la mas evidente influencia. Referiremos pues estos síntomas á dos diversos grados de la inflamacion.

»1.er *grado.* (*Erisipela edematosa*).—«Se eleva un tumor erisipelatoso estendiéndose de una manera progresiva; su rubicundez, menos pronunciada, se trasforma en un color amarillo gris; el calor que le acompaña y los síntomas locales son menos intensos; la superficie cutánea está lisa y brillante, y comprimiéndola con fuerza por medio del dedo, queda una depresion que dura un corto espacio de tiempo. Cuando se desarrollan flictenas, que rara vez sucede, son mas pequeñas, menos elevadas, mas numerosas, y se forman del tercero al cuarto dia; reemplazándolas dos ó tres dias despues unas costras delgadas, de un color oscuro, de cuyos bordes fluye una materia linfática clara» (Bateman, *Abregé prat. des malad. de la peau*, trad. de Bertrand, p. 170). La infiltracion es mas ó menos considerable segun las partes enfermas; pero en los miembros nunca es muy abundante, y siempre sucede á la inflamacion cutánea. Generalmente los síntomas locales y generales son poco pronunciados: la enfermedad termina las mas veces por resolucion. Los prodromos no presentan nada de particular.

»Los autores refieren á esta forma de la erisipela un conjunto de síntomas á veces alarmantes y muy graves, tales como la diarrea, la anorexia, el marasmo, la gangrena, la adinamia y derrames muy abundantes de serosidad; pero es fácil convencerse, de que las observaciones que han servido para establecer esta descripcion, pertenecen á la historia del edema complicado con la erisipela. Adviértase ademas, que la erisipela edematosa no es muchas veces mas que una inflamacion cutánea, que se manifiesta en individuos debilitados por afecciones crónicas, ó cuya constitucion está deteriorada, en los cuales no van las flegmasias acompañadas de los síntomas agudos que se observan en los casos de diatesis inflamatoria. La forma que reviste el mal, depende casi siempre de las condiciones en que se encuentra la parte inflamada ó la constitucion del enfermo. Si el tejido celular subcutáneo es fino, abundante y dispuesto á infiltrarse, como sucede en la cara y en los párpados, la erisipela propenderá á hacerse edematosa; cuyo caracter se observa igualmente cuando se manifiesta en individuos linfáticos y debilitados por enfermedades que han llegado á alterar la nutricion. Asi es que en los casos de complicacion es cuando especialmente se observa esta clase de erisipela.

»2.° *grado.* (*Erisipela flemonosa*).—Cuando la inflamacion invade el tejido celular mas profundamente y con mayor intension en un individuo dispuesto á reacciones inflamatorias enérgicas, se manifiestan varios síntomas, que pueden dividirse en cinco períodos: procedamos á describirlos sucesivamente.

»1.er período. *Prodromos.*—En los casos en que la erisipela debe producir la supuracion del tejido celular, los fenómenos precursores tienen ya un caracter que casi permite prever el curso ulterior de la enfermedad. Uno ó dos dias antes que aparezcan los síntomas esenciales, está el enfermo triste, abatido é inquieto; padece laxitudes espontáneas, pesadez de cabeza, anorexia, insomnio, una fiebre por lo comun bastante intensa y escalofrios irregulares: en el punto en que ha de desarrollarse la flegmasia erisipelatosa, esperimenta una sensacion de peso, de contusion profunda, y un prurito muy vivo, cubriéndose á veces la parte de un sudor viscoso local.

»2.° período. Muy luego se manifiesta en una superficie mas ó menos considerable una rubicundez en forma de estrias; las cuales se reunen para formar una chapa, en cuyo centro el color es mas subido y no desaparece á la presion del dedo. Se presentan cordones rojos, tensos, duros y dolorosos; que siguen el trayecto de los vasos linfáticos y terminan en los gánglios inmediatos de la parte enferma, los cuales estan duros, ingurgitados y sensibles á la presion; el tumor que produce la hinchazon de los tejidos es mas circunscrito, mas perceptible y de mayor consistencia; el calor ácre, mordicante y quemante, y el dolor pungitivo, notándose especialmente en un punto determinado. Los síntomas generales van en aumento; el enfermo tiene desvarios y un delirio fugaz; el pul-

so está frecuente (100 á 130 pulsaciones por minuto), deprimido é irregular; la lengua roja y seca; hay náuseas, vómitos y estreñimiento, y las orinas son rojas y encendidas.

»3.er período. Se forman flictenas, que rotas dejan fluir una serosidad turbia, presentándose el dermis descubierto y con manchas violadas; el tumor se hace pastoso y conserva la impresion del dedo; se derrama en el tejido celular una corta porcion de serosidad; pero muy luego es reabsorvida, y el tumor se hace entonces mas renitente que al principio, y la hinchazon mas considerable; el dolor es lancinante, pulsativo y va acompañado de una sensacion de tirantez y estrangulacion; se estiende la inflamacion y el enfermo se halla en un estado de agitacion contínua. En esta época sobrevienen muchas veces complicaciones flegmásicas de los órganos encefálicos, pectorales y abdominales.

»4.° período. Al cabo de tres, cuatro ó cinco dias, se calman al parecer los accidentes. El tumor se aplana de nuevo, se pone pálido y se hace casi indolente; la fiebre disminuye ó aun cesa del todo; el enfermo se encuentra muy aliviado, y el mismo médico podria dejarse engañar por esta remision, ó mas bien por esta modificacion de los síntomas, si no se atendiese á la alteracion del rostro, á la postracion del paciente y á los escalofrios irregulares que frecuentemente esperimenta. La inspeccion local detenida demuestra tambien, que no se verifica en las partes inflamadas una resolucion franca; el tumor está pastoso y conserva la impresion del dedo; el epidermis se eleva ó se desprende, pero no por una descamacion regular, y últimamente la fluctuacion se hace apreciable para una mano ejercitada, aunque el pus se halle todavia en estado de infiltracion entre las areolas del tejido celular, ó aunque esté cubierto por una capa gruesa de partes blandas el foco donde empieza á reunirse el líquido morboso.

»5.° período. En este se halla ya formado el pus; destruye el tejido celular subcutáneo y profundo, y siguiendo la direccion de las aponeurosis y de las vainas de los tendones, se estiende á distancias considerables, diseca los músculos, desprende la piel de todo un miembro, y aun llega á veces hasta el tronco: «En este caso se perciben, dice Lepelletier, oleadas de materia líquida, en medio de las cuales se distinguen unas especies de nodosidades resistentes, que no son otra cosa que copos de tejido celular ya mortificado. Cuando se abre el tumor, ya por la naturaleza ó ya por el arte, fluyen inmediatamente enormes cantidades de un pus líquido, parduzco, sanioso y fétido, que sale á chorro, interrumpido de cuando en cuando por porciones de tejido celular, cuya espulsion permite un nuevo derrame. Estos pedazos de tejido celular han tenido á veces de seis á ocho pulgadas de longitud, suministrando los abscesos en que se encontraban hasta tres y cuatro libras de pus en la primera evacuacion: en los casos de esta naturaleza disminuye mucho el volumen de los órganos, y nosotros hemos visto reducirse los miembros á la tercera parte del que tenian antes que se derramara la materia purulenta. La piel que queda sobre las partes reducidas de este modo, se presenta deprimida, rugosa, y no tarda en mortificarse en una estension mas ó menos considerable; se forman senos y fístulas en muchos puntos, y una supuracion inagotable, habiéndose visto enfermos que arrojaban hasta dos libras por dia: hasta puede invadir la gangrena los tejidos profundos. Los síntomas generales aliviados en apariencia desde que cesó el gran trabajo puogénico, vuelven á aparecer con otros caractéres, sobreviniendo sudores, especialmente por la noche, fiebre héctica, diarreas colicuativas, descomposicion del rostro, el marasmo y la muerte en el último grado de etiquez. En algunos enfermos se manifiestan accidentes de reabsorcion purulenta, y á veces depósitos metastáticos en el hígado, el bazo ó los pulmones, ó bien flegmasias sintomáticas en las pleuras, el peritoneo, etc.» (tés. cit., p. 145).

»Esta descripcion, enteramente esacta en la gran mayoria de los casos, debe modificarse respecto de aquellos en que oponiéndose las aponeurosis desde el principio al desarrollo de la inflamacion, dan lugar á estrangulaciones; pues entonces, antes que el pus se haya formado todavia en abundancia, sobrevienen una fiebre intensa, vómitos y delirio; en el punto erisipelatoso se forman manchas violadas, y la piel se pone insensible; se elevan flictenas, que se abren casi al momento, y son reemplazadas por escaras mas ó menos estensas; la gangrena invade la piel, el tejido celular, y aun á veces los músculos y las aponeurosis, y se observan muy luego todos los síntomas de la erisipela complicada, que vamos á describir.

»C. *Erisipela complicada.*—1.° *Con infarto gástrico* (*erysipelas gastricum*, *biliosum*).—«La erisipela verdadera es siempre biliosa», dice Richerand (*Nosogr. chirurg.*, t. I, p. 149). Esta proposicion, demasiado general, debe cuando mas aplicarse á la erisipela espontánea por causa interna, y aun entonces podrian oponérsele todavia numerosas escepciones. La erisipela biliosa casi siempre se anuncia por prodromos, que ora disminuyen ó desaparecen cuando se ha manifestado la inflamacion cutánea, ora la acompañan ó suceden. Tres ó cuatro dias antes que se observe fenómeno alguno apreciable en la piel, tiene el enfermo anorexia, eructos, náuseas, vómitos de materias viscosas ó biliosas, amargor de boca, escalofrios, desazon general, laxitudes espontáneas, una cefalalgía supraorbitaria intensa, sed muy viva, dolor epigástrico mas ó menos fuerte; el pulso es lento y poco acelerado; hay aumento de calor general; la lengua se cubre de una capa amarillenta mas ó menos espesa; á veces todo el tegumento esterno presenta un ligero color ictérico, que se observa tambien en las conjuntivas; en ciertos

casos hay un estreñimiento pertinaz, en otros una diarrea biliosa, acompañada de cólicos, y la orina es rara y de un color amarillo azafranado.

»No tardan en manifestarse los síntomas característicos; la rubicundez es mas clara y circunscrita por un círculo amarillento, y el dolor menos agudo y profundo. La erisipela biliosa rara vez escede los grados eritematoso ó flictenoides, y termina casi siempre por resolucion á no ser que ocupe la cara.

»2.º *Erisipela complicada con una afeccion general grave (erisipela adinámica, atáxica, asténica, maligna, gangrenosa, tifoidea).*—No tratamos de describir aqui todos los síntomas que pertenecen á los estados tifoideo y adinámico que pueden complicar la erisipela, y de los cuales es muchas veces sintomática; solo debemos mencionar las particularidades que se refieren al exantema considerado en sí mismo. «La erisipela gangrenosa rara vez es primitiva», dice Broussais: en efecto hasta muchos dias despues de haber invadido la enfermedad principal, no suele manifestarse la flegmasia cutánea; la cual se caracteriza por una rubicundez oscura, violada ó negruzca, que no desaparece á la presion del dedo; por un poco de calor; por un dolor muy leve, y tanto á veces que la piel está por el contrario privada de sensibilidad, y por un tumor blando, pastoso y no circunscrito. En ciertos casos, desde el segundo ó aun desde el primer dia, se eleva el epidermis sin que forme verdaderas flictenas; se rompe; deja fluir una serosidad negruzca y fétida; se forman escaras con rapidez; la gangrena invade la piel en una estension considerable, y aun los tejidos profundos; á la caida de las partes mortificadas suceden unas úlceras lívidas; la naturaleza de la inflamacion sigue determinando la gangrena y oponiéndose á que se forme una supuracion loable; el pulso está miserable y lento, y no tarda el enfermo en sucumbir bajo la doble influencia de la enfermedad primitiva y de la reabsorcion gangrenosa. Esta clase de erisipela puede manifestarse primitivamente en los viejos, en individuos aniquilados por escesos ó enfermedades anteriores, y ataca tambien á los recien nacidos. Ya volveremos á ocuparnos de este punto.

»3.º *Erisipela complicada con una lesion de continuidad (erisipela traumática).*—La erisipela es una complicacion frecuente de las heridas; pero en los casos de este género es siempre consecutiva, y las consideraciones particulares que ofrece su estudio, se refieren casi todas á su etiologia y tratamiento; de modo que solo por conformarnos con el plan trazado por los autores, nos decidimos á incluir la erisipela traumática entre las formas que puede revestir el mal. Casi siempre es flemonosa; va acompañada muchas veces de flebitis y de reabsorcion purulenta, y termina frecuentemente por gangrena. La erisipela traumática empieza siempre al nivel de la herida, y se anuncia por la hinchazon de los bordes de esta, que toman al mismo tiempo un color violado; la supuracion se hace serosa; disminuye, y se suprime completamente, manifestándose luego los síntomas propios de la erisipela: El dolor es muy vivo, la tumefaccion considerable, y se verifica la estrangulacion á poco que la favorezca la estructura de la parte inflamada. La naturaleza de la herida influye necesariamente en la enfermedad, que será tanto mas grave, cuanto mas estensa, profunda, irregular, envenenada, etc., la solucion de continuidad.

»Indicados ya los caractéres de la erisipela considerada en sus principales formas, pasemos á estudiar las que se refieren especialmente al sitio que ocupa la inflamacion.

»a. *Erisipela de la piel del cráneo.*—Cuando la erisipela ocupa la piel del cráneo, puede ofrecer los diferentes fenómenos que acabamos de examinar; sin embargo, en el mayor número de casos es traumática y flemonosa. La violencia de la inflamacion que produce la herida de la cabeza, juntamente con la disposicion anatómica de las partes blandas que cubren el cráneo, esplican la frecuencia de la formacion del pus. Puede la inflamacion haber tenido su asiento primitivo en la cara, y estendídose luego á la piel del cráneo, y tambien se observa frecuentemente una progresion inversa; pudiéndose decir en general, que rara vez queda la erisipela limitada á la piel que cubren los cabellos: «No obstante, uno de nosotros, dicen Chomel y Blache, ha visto en algunas ocasiones empezar y acabar la erisipela en esta region, sin estenderse á ningun punto de la cara.» Comunmente empieza la enfermedad á la manera de las afecciones graves: el enfermo está agitado, no puede conciliar el sueño, tiene un delirio pasagero y aun permanente; los tegumentos del cráneo estan edematosos y presentan una renitencia blanda y pastosa; la rubicundez es casi nula; la tension se hace muy luego considerable, se estiende hasta el occipucio é imposibilita el decúbito dorsal; el dolor es muy vivo, y se exaspera por el mas ligero contacto, y el pus se forma con rapidez; pero como se desarrolla, segun lo ha comprobado Dupuytren, entre la aponeurosis occipito-frontal y el pericráneo, su presencia determina pocos síntomas superficiales, cutáneos, mas produce accidentes profundos, que aumentan la estrangulacion, que sobreviene casi siempre en la erisipela flemonosa de la piel del cráneo. El pus se corre por todas partes, produciendo desprendimientos estensos; se inflama el pericráneo y se apodera la caries ó la necrosis de los huesos denudados. A pesar de la gravedad de estos accidentes, rara vez se observa la gangrena de la piel, hecho que esplica Dupuytren por la disposicion de las arterias de la cabeza: »Situadas entre la piel y la aponeurosis occípito-frontal, dice este cirujano, las arterias temporales, frontales y occipitales, se hallan tan adheridas á la piel del cráneo, que es muy di-

fícil desprenderlas en las disecciones; de donde resulta que no se gangrena la piel, porque las arterias continúan suministrándole suficiente nutricion, aun cuando se halle destruido todo el tejido celular craniano, pues la caida de este no corta las comunicaciones que existen entre los vasos arteriales y los tegumentos» (loc. cit., p. 295 y 509).

»La erisipela de la piel del cráneo ofrece un caracter muy importante, y es el de ir frecuentemente acompañada de accidentes cerebrales, que revelan una inflamacion de las meninges ó del encéfalo; siendo dificil comprender, cómo Chrestien haya podido decir, que «durante el curso de una práctica de cincuenta años no ha visto mas que un solo caso de delirio violento que coincidiese con erisipela de la cara y de la piel del cráneo» (*Gaz. méd.*, 1833, t. 1, página 454). Muchas veces desde el segundo dia del desarrollo de la erisipela, y en otros casos mas tarde, es acometido el enfermo de un delirio mas ó menos violento y de convulsiones; cae en un estado comatoso, y presenta en una palabra todos los síntomas de la meningitis, sobre cuya grave complicacion volveremos á hablar mas adelante.

»B. *Erisipela de la cara.*—Todos los autores estan de acuerdo en reconocer, que la erisipela de la cara es la que se observa con mas frecuencia. Comunmente empieza por las orejas, las mejillas, la nariz, los párpados ó los labios, anunciándose á veces con dos ó tres dias de anticipacion por un prurito ó un ligero dolor: la rubicundez, que es siempre muy viva, no tiene al principio grande estension; pero se difunde con rapidez, siendo raro que la enfermedad se limite á una de las mitades de la cara, pues comunmente la ocupa toda y aun á veces se propaga á la piel del cráneo ó al cuello. Cuando se desarrolla en las mejillas, la laxitud que tiene en esta region el tejido celular subcutáneo favorece mucho la tumefaccion; se oculta la nariz aunque ella tambien esté muy hinchada; la cara adquiere un volumen enorme, y se desfiguran las facciones. La erisipela bucal casi nunca escede los dos primeros grados de la inflamacion (*erisipela eritematosa*, *flictenoides*), aunque sin embargo da lugar en algunos casos á la formacion de pequeños abscesos subcutáneos; las mas veces se complica con infarto gástrico (*erisipela biliosa*). Cuando la erisipela ocupa los párpados, se hinchan estos considerablemente; casi siempre se ponen edematosos; apenas pueden abrirse, ó cubren completamente al globo del ojo que está bañado por las lágrimas, y participan mas ó menos de la inflamacion; frecuentemente se forman abscesos en el espesor de estos velos membranosos, y muchas veces la gangrena los invade. En ciertos casos, propagándose la inflamacion al tejido celular de la órbita, forma en ella colecciones purulentas, cuyo curso anuncian y acompañan accidentes graves del cerebro, y sobre las cuales volveremos á hablar cuando tratemos de las *complicaciones* y del *tratamiento*. La erisipela de las orejas termina frecuentemente por gangrena, á causa de la estructura anatómica de estas partes; la inflamacion invade el conducto auditivo esterno, y se propaga hasta la membrana del tímpano, en cuyo caso se pone torpe el oido, y el enfermo percibe á veces un ruido semejante al zumbido de las abejas ó á un toque de campanas (Renauldin, *Dict. des sc. méd.*, art. ERISIPELA). En la erisipela de los labios, se abre la boca con trabajo, fluye una saliva viscosa, se pronuncian las palabras con dificultad, y puede la flegmasia estenderse hasta la faringe.

»C. *Erisipela de las mamas.*—En las mujeres recien paridas se observa con bastante frecuencia la erisipela de los pechos, acompañada de viva rubicundez, de dolores violentos y de alteraciones en la secrecion de la leche: por lo comun se forman abscesos circunscritos, ganglionitis axilares, y á veces una gangrena mas ó menos estensa; accidentes que no deben confundirse, como observan Chomel y Blache, con el flemon de las mamas.

»D. *Erisipela del tronco.*—Muchos autores describen el zona con el nombre de *erisipela del tronco* ó *erisipela pustulosa* (Marjolin); pero no creemos que deba adoptarse esta opinion: «El zona, dicen Cazenave y Schedel, le consideran algunos como una especie de erisipela; pero este error es tan poco fundado que casi basta mencionarlo.» Bateman ha demostrado, que el zona presenta todos los signos característicos de los herpes. Asi pues, solo debe entenderse bajo el nombre de *erisipela del tronco*, la que se desarrolla algunas veces en las paredes torácicas, en la anterior del abdomen y en las íngles, que por lo demas no va acompañada de otros fenómenos particulares, y presenta los caractéres que hemos descrito mas arriba. «La erisipela que ocupa la piel del cráneo, dice José Frank, se estiende en ciertos casos á la nuca; y cuando tal se verifica, sucede en general que á favor de un nuevo ataque de fiebre, se propaga la erisipela al dorso, á los lomos y aun hasta el sacro: en otros casos la erisipela de la cara desciende desde el menton á la superficie del pecho» (loc. cit., p. 72). Este mismo autor ha visto una erisipela que rodeaba *todo el tronco*. F. Hoffmann habla de otra que en las fiebres malignas ó pestilenciales aparecia debajo de la mama ó hácia la region del corazon.

»E. *Erisipela de los órganos genitales.*—La erisipela de los órganos genitales va siempre acompañada de un edema considerable. En el hombre, el escroto y el prepucio adquieren un desarrollo enorme, y á veces sobreviene un fimosis: en la mujer la tumefaccion se manifiesta en los grandes labios, y mas particularmente en los pequeños. La erisipela de estas partes termina frecuentemente por gangrena.

»F. *Erisipela de los miembros.*—Despues de la erisipela de la cara, la mas frecuente es la de los miembros, especialmente la de los infe-

riores. «La erisipela de la cabeza, dice José Frank, se estiende con bastante frecuencia hasta el brazo; pero rara vez pasa mas allá del punto donde se inserta el músculo biceps» (loc. cit., pág. 74). No obstante, puede la enfermedad manifestarse primitivamente en el antebrazo ó en el brazo, y ocupar todo el miembro. La tumefaccion es siempre muy considerable, y se ha visto al brazo adquirir las dimensiones del muslo (Rayer, loc. cit., p. 155). La erisipela de los miembros es muchas veces flemonosa, y segun Dupuytren ofrece constantemente este caracter en las estremidades inferiores (loc. cit., p. 295). Pero esta asercion es demasiado absoluta, y nos parece que la supuracion es mas frecuente en el brazo que en la pierna, en la cual ciertamente se observa mas á menudo el edema que la formacion de pus. No es rara la gangrena en la erisipela de estas partes: á veces se manifiesta únicamente en espacios circunscritos, poco estensos, y produce en ellos escaras, á cuya caida suceden úlceras mas ó menos rebeldes (*erisipela ulcerosa*). Cuando la flegmasia se desarrolla en la circunferencia de una articulacion, se estiende en ciertos casos hasta la membrana sinovial de la misma; y si ocupa el brazo ó el muslo, produce casi siempre una tumefaccion dolorosa de las glándulas axilares é inguinales. La erisipela de los miembros, esceptuando la que ocupa las piernas, es traumática en la mayoria de los casos: mas adelante veremos que suele presentarse al principio de la elefantiasis de los árabes.

»G. *Erisipela general ó universal.*—Encuéntranse en los autores un número bastante considerable de ejemplos de erisipelas que han ocupado toda la superficie del cuerpo, á escepcion de las palmas de las manos y de las plantas de los pies, cuyas regiones, segun Foderé, se hallan siempre exentas (*Leçons*, etc., t. III, página 349). Zacuto Lusitano (*Praxis med. adm.*, lib. II, obs. 9), Salmuth (*Observ.*, cent. I, observacion 32), Cherlis (*Rari osservaz. di med. e di chir.*, Venecia 1725, oss. 92), de la Motte (*Traité complet de chirurgie*, t. I, observ. 92), Bromfield (*Méd. communications*, vol. II, p. 22), Michaelis (*Loder's Journ. fur die chir.*, t. II, p. 668), Wittmann (*Hufeland's Journ.*, abril 1811, p. 21), P. Frank y Bathlke (*Rust's Mag.*, bd. XXVIII, heft I), refieren algunas observaciones en favor de la existencia de la erisipela general. Renauldin cita un caso en el que se apoyan la mayor parte de los patólogos franceses, aunque es muy incompleto y está lejos de ser concluyente, como dice con razon Vidal de Cassis (*Traité de pathologie externe*, t. I, p. 147). Nosotros opinamos con José Frank, Naumann y algunos otros patólogos, que la ciencia no posee todavia un ejemplo de erisipela general propiamente dicha, es decir, «que ocupe á un mismo tiempo toda la piel» (José Frank, loc. cit., p. 71). Se han citado como tales, ora escarlatinas ó urticarias, ora y con mas frecuencia erisipelas ambulantes ó erráticas, que ocuparon efectivamente todas las partes del cuerpo de un modo sucesivo, pero no simultáneo.

»H. *Erisipela interna.*—Por último, algunos autores han querido establecer que la erisipela podia ocupar las membranas mucosas y serosas, y J. Frank ha llegado hasta decir que podia desarrollarse en el pulmon. Esta erisipela llamada *interna* por los autores, es en ciertos casos primitiva, pero debe atribuirse mas comunmente á la estension de una erisipela esterna. Reil (*Ueber die Erkennt nis und cur der fieber*, t. II, p. 334) ha visto á la erisipela del pabellon de la oreja propagarse al conducto auditivo esterno y aun al oido interno; y José Frank á la de los párpados invadir la conjuntiva palpebral (loc. cit., p. 73); Selle ha descrito la erisipela de la lengua (*Pyretologie*, página 174), y J. Copland dice haber observado una erisipela de los labios, que se estendió á la faringe y aun á la laringe (loc. cit., p. 819). Se ha dicho tambien que la erisipela de las partes genitales de la mujer invadia algunas veces toda la vagina. Cullen asegura que ha visto toda la membrana mucosa del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, afectada de una rubicundez erisipelatosa; y por último, Foderé (loc. cit., t. III, p, 352) la ha encontrado hasta en las membranas serosas. Tambien en este caso creemos infundada la opinion de los autores que acabamos de mencionar. No hay duda que cuando un individuo padece una erisipela, pueden afectarse las membranas mucosas y serosas; pero estas son invadidas por la inflamacion que les es propia, y no por la flegmasia erisipelatosa, la cual debe considerarse como especial de la cubierta tegumentaria esterna. Naumann (loc. cit., p. 251) opina del mismo modo que nosotros, y dice que solo asi puede aceptarse la siguiente frase de P. Frank: «Nullum ergo de interni erysipelatis frequentia dubium superesse potest.»

»Curso de la erisipela.—El curso de la erisipela no es constantemente idéntico, aunque siempre es agudo. Ora termina la enfermedad en el punto en que se desarrolló (*erisipela fija*), y recorre con regularidad uno ó muchos de los períodos que hemos indicado; ora se estiende por grados á los puntos inmediatos, en cuyo caso puede invadir sucesivamente la mayor parte del cuerpo (*erisipela vaga, ambulante, serpiginosa, fugaz*): «Por su naturaleza, dice Lepelletier (loc. cit., p. 59), es la erisipela esencialmente progresiva.» Blandin piensa que la erisipela por causa esterna es la que que se estiende principalmente á las partes inmediatas: «las erisipelas por causa interna, dice este cirujano, agotan el agente morboso y rara vez son ambulantes; las de causa esterna, por el contrario, invaden el organismo en lugar de abandonarlo, y casi siempre se estienden concéntricamente hácia el tronco.»

»Es tambien regular el curso de la enfermedad en el sentido de que, traspasando rara

vez en este caso el grado eritematoso ó flictenoides, presenta la erisipela en cada uno de sus asientos sucesivos todos los fenómenos que corresponden al grado que ha adquirido. En otras ocasiones desaparece repentinamente la erisipela, para presentarse de pronto en un punto distinto del que ocupaba (*erisipela errática, metastática*); la de la cara por ejemplo, en los órganos genitales, la de una oreja en los miembros, y la de estos en los párpados. «La erisipela cambia de sitio, dicen Chomel y Blache, antes de recorrer todos sus períodos, sin dejar por lo comun vestigio alguno de su existencia; y su curso, frecuentemente insidioso, favorece la opinion de que este exantema no es mas que un síntoma de otra enfermedad» (*Dic. de méd.*, t. XII, p. 232). La erisipela complicada con una fiebre tifoidea es la que ofrece mas particularmente este caracter movible. Tampoco en este caso suele traspasar la inflamacion el grado eritematoso; no hace mas al parecer que rozar digámoslo asi las superficies: cuando llega á hacerse flemonosa, ya no es susceptible de mudar de sitio.

»El curso de la erisipela es habitualmente contínuo. Podrá ser *intermitente*? «Entendiéndose como debe entenderse, dice Pelletier, por intermitencia el curso de una enfermedad que suspende en cierto modo su espresion sintomática durante uno ó muchos dias, para volverse á manifestar sin ninguna causa apreciable, no sabemos de ningun hecho que lo pruebe de una manera evidente» (loc. cit., p. 55). En efecto, fácil es conocer, que se han citado como erisipelas intermitentes casos en que existiera una sucesion de enfermedades, que aunque pertenecientes á la misma especie, eran bien distintas entre sí, y cada una de ellas provocada por una nueva causa. Cuando la erisipela se reproduce en estos casos en un mismo punto, es por que se reproduce igualmente la causa local, ó bien porque siendo esta general, conserva la parte que fue una vez afectada, cierta predisposicion á contraerla de nuevo. Las observaciones referidas por Piorry (*Lançette*, t. VI, página 257, 1832) y Rayer (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 489), lo son únicamente de recidivas de erisipelas, procedentes de una caries dentaria ó de accesos neurálgicos. Otras análogas se han atribuido por muchos autores á la gota, al reumatismo, á las hemorroides, á la epilepsia y á la jaqueca.

»En ciertos casos se reproduce la erisipela de una manera mas ó menos irregular y por intervalos mas ó menos largos, bajo la influencia de causas apreciables, ó sin que nos sea posible esplicar su reaparicion; resultando entonces la erisipela llamada *periódica* (*erisipela crónica de Naumann*), cuya existencia se halla demostrada por numerosos ejemplos. Lorry la ha visto manifestarse todas las primaveras y hácia los equinoccios (*De morb. cutan.*, p. 195), y Frank ha observado que se reproducia esactamente todos los meses. La inflamacion ocupa siempre una misma parte, presentándose especialmente en las piernas, y rara vez pasa del primer grado (*erisipela eritematosa*); aunque sin embargo en ocasiones sobreviene la gangrena cuando han sido numerosas las recidivas. Despues que se han verificado muchas invasiones, queda con frecuencia la piel en un estado permanente de hiperemia; el tejido celular se halla mas ó menos edematoso (*œdema posthumum de Naumann*), y en estas circunstancias es en las que mas fácilmente se mortifican los tejidos si llegan á inflamarse nuevamente.

»Duracion.—Terminacion.—Cuando la erisipela termina por resolucion, puede esta ser completa desde el tercero ó cuarto dia, en cuyo caso no se desprende el epidermis, ó cae bajo la forma de un polvo blanquecino, sin que quede ningun vestigio de la enfermedad. Cuando ha habido flictenas, la duracion es por lo comun de siete á diez dias, y aun puede llegar hasta quince. En este caso el epidermis se desprende en forma de escamas de un color y grosor variables, segun el grado de la vesicacion y los caractéres de la serosidad contenida en las flictenas; la piel queda entonces roja, sensible é hinchada por algun tiempo, y si sobrevienen recidivas antes de que haya vuelto á su estado fisiológico, puede adquirir y conservar un engrosamiento notable. «Se han visto personas, dice Lepelletier, con las facciones desfiguradas por esta causa.» Cuando la enfermedad, aunque poco intensa, es ambulante ó errática, puede prolongarse segun la estension de las partes que invada, por espacio de uno á aun de muchos meses: ni es tampoco menor la duracion cuando la flegmasia termina por supuracion ó por gangrena.

»La resolucion, que es la terminacion mas favorable, se anuncia á veces por epistaxis ú otras hemorragias, por el restablecimiento de aquellas cuya supresion habia producido la enfermedad, por un sudor abundante, un flujo considerable de orina, ó bien por evacuaciones ventrales; pero comunmente no existe ninguna crisis apreciable.

»Podrá terminar la erisipela por *metastasis, retroceso* ó *repercusion*? No creemos nosotros que sea posible afirmarlo, aunque Hufeland haya hecho de la *erisipela metastática* una forma particular de la enfermedad (*Enchiridion medicum*; trad. de Jourdan, p. 171), y sin entrar ahora en pormenores que pertenecen á otro lugar (véase *enfermedades de la piel en general*), nos contentaremos con advertir, que casi siempre se han atribuido á metastasis fenómenos que dependian de verdaderas complicaciones.

»Convalecencia.— Recidivas.—La convalecencia es nula por decirlo asi, cuando la erisipela es simple, y no pasa de los dos primeros grados; pero si es por el contrario flemonosa, tiene una duracion bastante larga, y exige las mayores precauciones. A propósito de este asunto no podemos menos de copiar el siguiente pasage de Dupuytren (loc. cit., p. 227): «Aun

cuando se haya verificado completamente el trabajo de cicatrizacion, no debe el enfermo hacer movimientos inmoderados; pues las cicatrices, anchas y estensas, estan espuestas á desgarrarse, y lo hacen de una manera bastante singular; se forma una flictenita llena de pus, que se abre en un punto, y deja una úlcera de superficie parduzca, semejante en su color á una úlcera sifilítica; la cual se estiende rápidamente haciendo tales progresos, que en veinticuatro horas poco mas ó menos llega á destruir toda la cicatriz. Cierto es que se renueva con poca dificultad, y que este accidente no siempre redunda en perjuicio de los enfermos, porque la cicatriz primitiva es por lo comun muy débil y se desgarra fácilmente; caractéres que van disminuyendo á medida que se reproduce la úlcera, habiéndose visto cicatrices que no han llegado á adquirir suficiente solidez, sino despues de haberse desgarrado tres ó cuatro veces.» Cuando la enfermedad ha sido complicada, la convalecencia es relativa á la naturaleza y á la gravedad de la complicacion.

»Son frecuentes las recidivas en la erisipela eritematosa simple, y se verifican con tanto mayor facilidad, cuanto mayor es el número de veces que se ha reproducido el mal. Las causas mas ligeras pueden provocarlas, y por su medio se esplican la mayor parte de las erisipelas intermitentes ó periódicas admitidas por los autores.

»Diagnóstico.—Para establecer el diagnóstico diferencial de la erisipela, es preciso tener en cuenta las diversas formas de la afeccion.

»La erisipela eritematosa simple no puede confundirse con la urticaria, el sarampion y la escarlatina; mas difícil es distinguirla del eritema simple, y aun creen algunos autores que no debe hacerse esta distincion: «Nosotros consideramos al eritema, dice Rostan, como el grado mas simple y ligero de la erisipela.» Roche y Sanson son del mismo parecer; pues dicen que «toda inflamacion aguda, pero ligera, superficial y pasagera de la piel, recibe el nombre de *eritema*, y el de *erisipela* cuando es mas intensa, mas viva y duradera; no siendo propiamente hablando el eritema, la erisipela simple y la erisipela flemonosa, sino tres diferentes grados de una misma flegmasia.» Por nuestra parte no podemos adoptar esta opinion; pues el eritema no ofrece jamás los caractéres que hemos asignado á la erisipela; nunca da lugar á una tumefaccion tan considerable, y es muy rara vez único, componiéndose siempre de chapas eritematosas, que se encuentran en las diferentes partes del cuerpo y principalmente en el tronco.

»La erisipela vesicular se diferencia del eczema, en que va precedida de una tumefaccion que no se encuentra en este; y la erisipela ampollosa se distingue por el mismo caracter de los herpes, del pénfigo y de la quemadura de segundo grado. Cuando han sucedido á la rotura de las flictenas costras mas ó menos gruesas, los signos conmemorativos son los únicos que pueden distinguirla en ciertos casos del impétigo ó del eczema impetiginodes, siendo fácil cometer una equivocacion, especialmente en la cara.

»Se ha dicho que podia confundirse el eritema tuberculoso con una erisipela flemonosa; pero el examen del tumor, la facilidad con que se le circunscribe, su terminacion constante por resolucion, el curso que sigue, y la benignidad de los síntomas generales, establecen entre estas dos afecciones la línea mas notable de demarcacion (Cazenave y Schedel, *Abregé pratique des maladies de la peau*, p. 9). Muchos autores, como ya hemos dicho, confunden la erisipela flemonosa con el flemon difuso ó erisipelatoso; pero la distincion en este caso nos parece importante, y ademas fácil de establecer. En la erisipela flemonosa la inflamacion empieza siempre por la piel, y no se propaga al tejido celular sino despues de haber recorrido sus diferentes períodos; por manera que cuando empieza á desarrollarse la infiltracion purulenta, han desaparecido ya la tumefaccion y la rubicundez cutáneas. En el flemon difuso, los fenómenos morbosos se suceden de un modo inverso; pues primero se infiltra de una gran cantidad de pus el tejido celular subcutáneo, y entonces es cuando, distendida considerablemente la piel, se pone erisipelatosa. Las mismas consideraciones servirán tambien para distinguir la erisipela edematosa del edema complicado con una erisipela consecutiva.

»Tampoco puede confundirse la erisipela flemonosa con el flemon circunscrito. Será tan fácil distinguirla de la angioleucitis y de la flebitis? «En la erisipela flemonosa, dice Velpeau (*Mémoires sur les maladies du systeme lymphatique*, p. 28), no deja la inflamacion, como sucede en la angioleucitis, regiones sanas entre su punto de partida y el que nuevamente invade; no aparece en forma de chapas diseminadas, con el aspecto de nodosidades duras, ni figurando cintas sonrosadas ó lívidas; los gánglios no se hallan infartados, y no tiene el mal una predileccion á desarrollarse en el trayecto de los principales troncos linfáticos; la supuracion es pronta, fluida, gris, abundante y acompañada de la mortificacion del tejido celular, de una especie de diseccion de las aponeurosis ó fibras inmediatas, y seguida muchas veces de un adelgazamiento rápido ó de una verdadera destruccion de los tegumentos. «Por otra parte, la disposicion en forma de cintas que presenta la rubicundez en la direccion de las venas, y la gravedad de los síntomas generales, que no está en relacion con la de los accidentes locales, caracterizan suficientemente la flebitis. Las diferencias que acabamos de indicar pierden, por decirlo asi, todo su valor diagnóstico, si se admiten las variedades erisipelatosas establecidas por Blandin y Sanson; pero ya veremos que no debe seguirse el ejemplo de estos autores. Los síntomas que se manifiestan al principio de la erisipela gangreno-

sa, y las circunstancias que presiden á la mortificacion de los tejidos, hacen en este caso fácil el diagnóstico.

»Será posible diagnosticar una erisipela antes de que aparezcan los síntomas locales que la caracterizan? «La tumefaccion de los gánglios que se hallan en las inmediaciones de la porcion de piel que ha de ser invadida por el exantema, dice Pidoux (mem. cit.), ha bastado muchas veces á Chomel para predecir la aparicion muy próxima de una erisipela.» En las erisipelas consecutivas que sobrevienen á consecuencia de otras afecciones, no existe semejante signo precursor.

»Pronóstico.—El pronóstico de la erisipela simple, fija, edematosa ó flictenoides, es siempre favorable. En todos los casos observados por Louis terminó felizmente el mal, con tal que en el momento de la invasion estuviesen los individuos disfrutando de buena salud (*Lancette*, 1833, t. VII, p. 215). Las primeras erisipelas son, en sentir de Chomel, las mas largas y graves: no obstante cuando la erupcion deja en pos de sí un edema permanente, y se reproduce muchas veces en un mismo punto, no es tan lisongero el pronóstico, y menos todavia cuando la inflamacion es muy estensa, ambulante ó errática. Es grave el pronóstico en la erisipela flemonosa, cuando la violencia de la flegmasia ó la estructura anatómica de las partes produce la gangrena; es funesto en los casos en que se complica con accidentes cerebrales; cuando se manifiesta en el curso de una pleuresia, de una neumonia ó de una fiebre tifoidea; cuando acompaña á la invasion de la elefantiasis de los árabes; cuando termina por gangrena á causa de un estado adinámico ó de una alteracion general, y cuando desaparece de pronto por delitescencia. Ademas, en igualdad de circunstancias, la erisipela de la cabeza y sobre todo la que ocupa la piel del cráneo, es de un pronóstico mas grave. La que sobreviene en los viejos es siempre peligrosa.

»El desarrollo de una erisipela ha sido al parecer en ciertos casos una circunstancia favorable, habiéndose dicho que podia aparecer como crisis saludable en el reumatismo, en la gota, etc. «Novi alios morbos præsertim asthma »convulsivum, ab erysipelate superveniente »fuisse feliciter sublatum» (Schrœder, *Diss. de febribus erysipelatosis*; Gott., 1774, p. 308). En las enfermedades crónicas de la piel es especialmente, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 27), en las que puede ser útil el desarrollo natural ó provocado de una erisipela; pues modifica con estraordinaria ventaja ciertas flegmasias crónicas rebeldes, y sobre todo algunas afecciones escamosas antiguas, el lupus, etc.» Esta proposicion, aunque apoyada tambien en la autoridad de Rayer (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 490), nos parece demasiado absoluta; pues uno de nosotros ha visto, en el tiempo que estuvo de interno en el hospital de San Luis, gran número de erisipelas en individuos atacados de afecciones cutáneas, y que invadian las mismas partes donde se hallaban situadas las dermatosis antiguas, sin que se observasen jamás tales *ventajas estraordinarias*. Lejos de eso es las mas veces la erisipela una complicacion funesta, no solo por sí misma, sino tambien porque obliga á renunciar al tratamiento local que reclama la enfermedad primitiva de la piel, siendo muy corto el número de casos en que puede considerarse con Sabatier (*Propositions sur l'erysipele considerée principalement comme moyen curatif dans les affections cutanées chroniques*; París, 1831) á la erisipela como un medio terapéutico útil.

»Complicaciones.—Es mas comun que la erisipela complique á otra enfermedad, que aparecer ella complicada: ya hemos visto que se manifiesta muchas veces á consecuencia de lesiones traumáticas, y en el curso de una fiebre grave; que sobreviene frecuentemente tambien en individuos afectados de enfermedades cutáneas, principalmente del eczema, del pórrigo ó del lupus, y se la observa en ciertas neumonias, pleuresias y en el ergotismo. Habiendo indicado ya las formas que reviste segun la naturaleza de la enfermedad primitiva, solo debemos ocuparnos aqui de las complicaciones consecutivas al desarrollo del exantema.

»La inflamacion de las meninges ó del cerebro es sin duda alguna la complicacion mas grave de la erisipela; y aunque puede sobrevenir, cualquiera que sea el sitio ocupado por el exantema, se la observa principalmente en la erisipela de la cabeza, y sobre todo en la traumática de la piel del cráneo. Todos los autores convienen en reconocer la frecuencia de esta complicacion.

»De diversos modos han esplicado los médicos el desarrollo de los accidentes cerebrales: la mayor parte de los antiguos lo atribuian á una metastasis; pero ya Cullen se declaró contra esta opinion. «Es evidente, dice Piorry (*Mémoire sur les accidents cerebraux qui surviennent dans l'erysipele de la face et du cuir chevelu*, en la *Gaz. méd.*, t. I, p. 281, 1833), que las mas veces no hay en este caso una metastasis, porque precisamente en el momento en que la erisipela se halla en su mas alto grado de intension, es cuando se manifiestan con mas frecuencia los accidentes cerebrales mas peligrosos, y para un solo caso en que desaparezca la inflamacion esterna, hay diez en que continúa y se aumenta.» Darwin opina que las simpatías que unen la piel del cráneo á las meninges son el orígen de los fenómenos cerebrales que suelen sobrevenir; pero esta esplicacion no satisface. «No puede admitirse, dice tambien Piorry, que sea el dolor de la erisipela el que irritando el cerebro produzca los síntomas; porque las erisipelas menos dolorosas ocasionan algunas veces estos accidentes: decir que la inflamacion erisipelatosa afecta el tubo digestivo, el cual á su vez modifica el encéfalo, es una esplicacion que no está en armonia con una mul-

titud de hechos en que el estómago y los intestinos no han aparecido gravemente afectados.»

»Parece natural que los accidentes cerebrales resulten de la propagacion de la flegmasia del esterior al interior; pero cómo se verifica esta propagacion? Háse creido que se efectuaba por el intermedio de los vasitos que al nivel de las suturas y de los agujeros parietales y mastoideos, establecen comunicacion entre los aparatos circulatorios extra é intra-cranianos; cuya opinion está apoyada por las observaciones anatómicas de Ribes. Pero los accidentes cerebrales sobrevienen lo mismo en la erisipela de la cara que en la de la piel del cráneo; y Dupuytren ha demostrado ademas, que los vasos capilares de la piel del cráneo son independientes del tejido celular sub-epicráneo. Bosquillon se ha fijado en las comunicaciones que existen entre las carótidas esterna é interna. «Parece en efecto, dice Piorry, que cuando es considerable la congestion de los tegumentos del cráneo, la arteria carótida interna debe recibir mas sangre que de ordinario; siendo muy de creer que no carezca de verdad la esplicacion de Bosquillon; mas por otra parte muchas erisipelas en que no está muy inflamada la piel del cráneo, van acompañadas de accidentes, y no se ve que se calmen estos por la sangria como debiera suceder, si la congestion fuese su única causa.»

»Piorry (mem. cit.) opina que la estension de la enfermedad al cerebro se verifica por las partes blandas de la órbita; cuya creencia dice este médico, está apoyada en numerosas observaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas. Recuerda con este motivo la disposicion de la bóveda huesosa que separa el cerebro y sus membranas de la piel que cubre el cráneo; la corta dimension de las aberturas de comunicacion entre las partes; el considerable número de venas, arterias y nervios, que establecen una relacion íntima entre los órganos orbitarios y los cranianos; la considerable tumefaccion que acompaña á la inflamacion de las partes blandas de la órbita, y el obstáculo que oponen á tal hinchazon las paredes inestensibles de esta cavidad. Por último, fundándose Piorry en observaciones clínicas, asegura por una parte, que los accidentes cerebrales no sobrevienen por lo comun en la erisipela de la cabeza, sino cuando la inflamacion, desarrollada primitivamente en la piel del cráneo ó en la cara, ha invadido los párpados ó las partes blandas de la órbita; y por otra, que se consigue muchas veces hacer que desaparezcan estos mismos accidentes combatiendo la flegmasia ocular.

»Malle, en una memoria publicada en la *Gazetta médicale* (t. I, p. 349, 1833), refiere varias observaciones, tres de las cuales confirman completamente las ideas de Piorry, mientras que las demas le son opuestas: un enfermo sucumbió á los accidentes cerebrales *sin que los párpados estuviesen muy tumefactos*, y otro solo esperimentó *pesadez de cabeza, insomnio y cefalalgia*, aunque era muy considerable la hinchazon de los párpados. «Todos estos hechos responde Piorry, vienen en apoyo de mi opinion; pues aunque en un caso fue mortal la enfermedad sin que existiera lesion considerable de los párpados, y en otros no se presentaron accidentes funestos no obstante de hallarse los párpados muy hinchados, no es menos cierto que en ambos enfermos se manifestaron síntomas cerebrales de gravedad. Ademas, he dicho positivamente que otras causas podrian igualmente ocasionar el delirio, etc., en los casos de erisipela, obrando por otras relaciones anatómicas.» Por nuestra parte debemos añadir, que si la órbita puede, como quiere Piorry, trasmitir la inflamacion cutánea á los órganos intra-cranianos, tambien es cierto, como frecuentemente lo hemos observado, que los accidentes cerebrales se manifiestan á menudo durante las erisipelas de la piel del cráneo, sin que las partes blandas de la órbita esten inflamadas, mientras que no sobrevienen en ciertas erisipelas de la cara, sin embargo de hallarse los párpados considerablemente tumefactos.

»La neumonia, la pleuresia, la enteritis y la mayor parte de las flegmasias agudas, pueden complicar á la erisipela, sobre todo á la que han llamado los autores *inflamatoria*.

»Variedades.—Antes de presentar al lector las consideraciones particulares á que da lugar la erisipela de los recien nacidos, y la que se desarrolla en los viejos, debemos discutir la existencia de las variedades erisipelatosas establecidas por los autores.

»El doctor Bonorden menciona una erisipela falsa, que trata de distinguir de la erisipela exantemática y traumática, llamándola *syndesmitis de Rust*. Esta erisipela, dice el médico aleman, no se observa jamás en los antebrazos ni en el tronco, y sí solo en el brazo, en el músculo y en la pierna; va acompañada de supuracion; el pus no solo invade el tejido celular subcutáneo, sino que siguiendo las vainas aponeuróticas penetra entre los músculos produciendo su denudacion, y nunca se reune en un solo foco. Entre el córion y las aponeurosis se forman unas especies de cuerdas nudosas, que presentan en diferentes puntos tumores redondeados y fluctuantes, los cuales contienen un pus de mal color, mezclado con pedazos de tejido celular gangrenado: todo esto sucede sin que la supuracion se apodere de las aponeurosis. En los individuos endebles y caquécticos se forman infiltraciones purulentas en los intersticios musculares; el pus tiene un color negruzco como de chocolate, y la piel está desprendida en una estension mas ó menos considerable (*Medizinische Zeitung von Preussen*, mayo, 1834). Esta descripcion, por cierto muy incompleta, pertenece evidentemente á la erisipela flemonosa, y no ofrece caracter alguno que autorice á establecer una variedad distinta de la afeccion.

»Otros muchos médicos alemanes, entre los cuales citaremos á Ludwig, Heim, Theurer, Leube, Heyfelder, Rosch, Schmezter, Bosch, Scha-

llenmuller y Sicherer, establecen dos formas de erisipela falsa, llamando á la una *pseudo-erysipelas subcutaneum*, y á la otra *pseudo-erysipelas subtendinosum colli*: la primera no es evidentemente mas que la erisipela flemonosa. Pasaremos á indicar los caractéres que han señalado á la segunda.

»La seudo-erisipela sub-aponeurótica *del cuello*, no se observa esclusivamente en esta parte del cuerpo; lejos de eso se desarrolla con mas frecuencia todavía en las estremidades; pero en el cuello es donde se presenta con caractéres mas marcados. Se manifiesta una violenta inflamacion en el tejido celular situado por debajo del músculo trapecio, formándose muy luego un tumor circunscrito, duro, que no conserva la impresion del dedo: no tarda en verificarse la supuracion, y la acompaña la mortificacion de una gran cantidad de tejido celular: *la piel que permaneciera enteramente sana al principio*, solo entonces participa de la flegmasía, y la coleccion purulenta sigue desde este momento el curso ordinario de los abscesos. Las mas veces se la observa en el lado derecho, y la caries dentaria es la causa que comunmente la produce (*Medicinisches correspondentz Blatt*; t. IX, p. 267; agosto 1839, núm. 39). ¿No es evidente que esta pretendida seudo-erisipela no es mas que un flemon profundo circunscrito?

»Sanson establece, como ya hemos dicho, tres variedades erisipelatosas; y hé aquí los caractéres diferenciales que les asigna. La erisipela simple cutánea, propiamente dicha, está caracterizada por manchas de un color rojo mas ó menos subido, bastante parecidas al de las heces de vino, irregularmente circunscritas, que desaparecen á la presion por un momento, y que producen la sensacion de una elevacion que varia segun las regiones ó la testura de la piel que ocupan, cuando se les pasa el dedo por encima (v. *Sintomatologia*). Examinada con la lente, la superficie enferma está sembrada de gran número de flictenitas, que cuando se rompen, dejan fluir el líquido que las llenaba, y se secan, formando escamas de un color amarillo cetrino y semitrasparentes.

»En la erisipela linfática se ven aparecer en la parte interna de los miembros, en la direccion del trayecto de los vasos linfáticos, pequeñas estrias de un color sonrosado vivo, ondeadas, paralelas entre sí, dolorosas á la presion, y situadas en el espesor de la piel: muy luego aumentan de volumen, adquieren un diámetro de media línea, se multiplican, se anastomosan, y forman asi una red de mallas anchas, que poco á poco se hacen mas numerosas, mas estrechas, acabando en fin por reunirse, confundirse, y constituir por último una chapa roja, que se diferencia de la que corresponde á la erisipela propiamente dicha, en la vivacidad del color: mas tarde se pone la piel lisa y tensa; el miembro aumenta de volumen de un modo considerable; el dolor es pungitivo y pulsativo; se infartan los gánglios inmediatos, que estan doloridos á la menor presion y al mas leve movimiento; el calor general se eleva y se hace mordicante; el pulso es vivo, frecuente, duro y tenso, y se afecta al fin el cerebro, sobreviniendo un delirio caracterizado por una agitacion violenta, y á veces por raptos furiosos. En la gran mayoría de los casos termina la enfermedad por supuracion, y por la destruccion completa del tejido celular subcutáneo.

»La erisipela venosa se manifiesta con caractéres diametralmente opuestos á los de la precedente. Empieza por unas estrias violadas y sinuosas, no paralelas, anastomosadas entre sí á la manera de las hojas de las dicotiledones, formando una coloracion de un rojo sucio pizarroso, semejante á la que se observa en la erisipela simple, pero con la diferencia de que esta no presenta la elevacion de que acabamos de hablar. Sobre esta coloracion general aparecen poco despues unas chapas irregulares de un color gris y violado, parecidas á los equimosis que resultan de una contusion, y que no desaparecen de modo alguno á la presion del dedo. El tejido celular subyacente está muy congestionado; la piel tumefacta se arruga y toma un aspecto lustroso y bruñido; no se infartan los gánglios; rara vez empieza la gangrena por el tejido celular subcutáneo, sino mas bien por la piel, y lo efectúa constantemente en forma de chapas. En los casos en que no se desarrolla la mortificacion, se observan flictenas mas ó menos numerosas, diseminadas en toda la superficie que ocupa la erisipela. A estos síntomas locales se agregan otros generales: la piel del resto del cuerpo se pone de un tinte lívido y terroso; el pulso está blando, débil y depresible, la lengua seca, áspera y fuliginosa; el enfermo tiene una debilidad muscular estraordinaria, y los menores movimientos le son fatigosos; la postracion se va haciendo cada vez mayor; se embotan los sentidos, y muy luego cae el enfermo en un delirio harto diferente del que se observa en la erisipela linfática; pues es vago, inquieto, sin agitacion locuaz, acompañado de desvarios é interrumpido por intervalos lúcidos.

»Cuando no se detiene el curso de la enfermedad, y se agravan los síntomas, sobreviene una inflamacion de los ramos venosos, que propagándose á los troncos gruesos, constituye una flebitis muy marcada, acelerándose asi la terminacion funesta. «Si se agregan á estos signos, dice Boinet (Memoria citada, en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. VI, p. 18), los escalofrios vagos ó erráticos que preceden ó acompañan á la erisipela que nos ocupa, el estado difluente de la sangre estraida de la vena, los abscesos metastáticos que se forman en la superficie del cuerpo y en los órganos interiores, y por último, la inflamacion evidente de la membrana interna de las venas que se encuentra en la abertura de los cadáveres, no se titubeará *en colocar el punto de partida de esta erisipela en el sistema venoso*,

viendo en ella muchos puntos de analogia con la reabsorcion purulenta.»

«Ahora bien, dice reasumiendo Boinet, si ponemos en parangon los síntomas de estas tres especies de erisipelas para que resalten mejor las diferencias que las distinguen, vemos que la primera (*erisipela cutánea*) puede encontrarse en todas las edades y en todos los individuos de cualquier temperamento; que la segunda (*erisipela linfática*) se observa mas particularmente en los niños y personas adultas, cuya piel es blanca, fina y facil de inyectar; y finalmente que la tercera (*erisipela venosa*), mas comun en los viejos y en los individuos de piel gruesa, descolorida, y cuyas venas son pronunciadas, no se encuentra en los niños.

«En las tres especies, la coloracion de la erisipela es de un rojo mas ó menos pronunciado; intenso en la erisipela simple; de rosa vivo en la linfática, y de color de heces de vino ó de pizarra en la venosa; es uniforme y desaparece por un instante á la presion en las dos primeras; se halla sembrada de chapas violadas, pardas y aun negruzcas que no desaparecen por la presion, en la erisipela venosa, en la cual va acompañada de una elevacion, que produce al tacto una sensacion áspera que no se encuentra en las otras.

«En la erisipela simple, la piel está tersa y rugosa, y el enfermo tiene comezon, prurito y calor; en la linfática está lisa é inyectada; en la venosa cubierta de pequeñas arrugas, hallándose sin embargo como bruñido el epidermis que la cubre; y en las dos últimas esperimenta el enfermo dolores pulsativos y pungitivos.»

»Los gánglios linfáticos se infartan casi siempre en la erisipela linfática, y muy rara vez en las demas.

»El pulso está acelerado en la erisipela cutánea; vivo, frecuente, comprimido y tenso, en la linfática, y fácilmente depresible en la erisipela venosa.

»Los síntomas gástricos que acompañan á la erisipela pertenecen al infarto gástrico en la primera especie; á la gastritis aguda en la segunda, y á la enteritis foliculosa en la tercera.

»La opinion que acabamos de reproducir detenidamente, pertenece á un observador hábil y exige sin duda nuevas investigaciones; sin embargo, fácil es conocer que se apoya, por una parte, en circunstancias diferenciales, que en realidad no tienen ningun valor; y por otra en proposiciones que bastarian por sí solas para destruirla. Efectivamente las diferencias relativas á la coloracion morbosa, al estado del pulso, y á los síntomas generales, se hallan comprendidas en la descripcion que hemos trazado, y dependen del grado de la enfermedad, de sus complicaciones y del estado anterior del individuo en quien se manifiestan; y por otra parte, ¿podrá llamarse *erisipela* una inflamacion, que tiene su *punto de partida en el sistema venoso* ó en los troncos linfáticos gruesos? ¿No es esto confundir enfermedades esencialmente distintas, que ocupan diferentes lugares en los cuadros nosológicos? Por lo que hace á nosotros, que hemos fijado en el dermis el asiento anatómico especial de la erisipela, no podemos dar este nombre á afecciones que se le parecen por algunos síntomas, pero que se hallan separadas por diferencias en nuestro concepto capitales.

»Erisipela de los recien nacidos. — La erisipela, dice Billard (*Traité des maladies des enfant*, *p.* 121,) es una de las flegmasias cutáneas que con mas frecuencia padecen los recien nacidos, sin duda porque la congestion sanguínea de sus tegumentos es una causa predisponente de esta inflamacion, y porque la irritabilidad de la piel recien privada de su epidermis y espuesta al contacto de las escreciones alvinas, la hace tambien mas susceptible.» La enfermedad va entonces acompañada de algunos fenómenos particulares, que han inducido á casi todos los autores á describir por separado la erisipela de los recien nacidos.

»Preséntase la enfermedad desde el nacimiento hasta la sesta semana, pero mas especialmente del tercero al décimo dia segun Naumann (loc. cit., p. 131); en los primeros meses de la vida, segun Chomel y Blache, y desde el primer dia hasta un año segun Billard; de treinta niños observados por este último médico, diez y ocho eran menores de seis meses, cuatro tenian de seis á ocho, y dos, de ocho meses á un año. Segun algunos autores, la erisipela de los niños no se diferencia de la de los adultos despues de pasados los tres primeros meses (*Magazin der auslaendischen Litteratur der gesammten Heilkunde von Gerson und Julius*, 1823, mayo y junio, p. 345).

»La erisipela se anuncia muchas veces por agitacion, insomnio, gemidos, vómitos de leche no coagulada; y á veces va precedida de sarampion, ictericia, convulsiones generales y aftas. Las paredes del abdomen, y especialmente la region umbilical, son los puntos donde con mas frecuencia se presenta la enfermedad: «umbi»licam regionem, dice F. Hoffmann, in infanti»bus frecuentius infestat, ac inde per abdomen »spargitur cum gravibus pathematibus, funesto »ut plurimum eventu.» (*Opera omnia*, t. II, p. 59); aunque sin embargo puede aparecer en otras partes. La vacuna la desarrolla en los brazos y tambien suele presentarse en la cara. De los treinta casos de erisipela observados por Billard, en diez y seis ocupaba el tronco, en doce los miembros y en dos solamente la cara. Puede la enfermedad ofrecer las diversas formas que hemos indicado, y examinando tambien con respecto á este punto las referidas treinta observaciones de Billard, se ve que diez y seis veces era simple (eritematosa), una vez miliar, seis flictenoides, tres edematosa y cuatro flemonosa. Billard no hace mencion de la frecuencia con que se presenta la forma gangrenosa, aunque sin embargo la ha observado, siendo por cierto tan comun, que Underwood (*On the diseasses of children*, trad. por Eusebio de Salle,

p. 217), llegó á confundirla con la gangrena de los recien nacidos, «que sobreviene, no por un esceso de inflamacion, sino á causa de un trastorno considerable en la circulacion capilar y de la estancacion de sangre poco oxigenada en las mallas del dermis y del tejido celelar subcutáneo.» (Billard, loc. cit., p. 173).

»Cuando la erisipela no escede el grado eritematoso, lo cual solo se verifica, segun Naumann, cuando por lo demas disfrutan los niños de buena salud, la inflamacion tiene mucha tendencia á propagarse á las regiones circunyacentes (*erisipela ambulante*), invadiendo casi siempre de un modo sucesivo la mayor parte del cuerpo, sobre todo las estremidades inferiores y los órganos genitales. Jorg (*Handbuch der Kinderkrankheiten*, §. 468) la ha visto aparecer en los lomos, cubrir todo el tronco, el cuello, la cara, y detenerse en las sienes; propagarse por otra parte á los hombros, brazos y manos, y descender en fin hácia la pelvis é invadir los miembros abdominales. Dewees habla de un caso, en que ocupó una pierna, un muslo, un brazo, la cara y el tronco en el espacio de veinticuatro horas (*A Treatise of the phys. and med. treatm. of children*, p. 376). Su terminacion es con frecuencia fatal, no á causa de la intension de la flegmasia, sino por efecto de su estension. Entre los diez y seis casos de erisipela simple observados por Billard, seis fueron mortales.

»La forma flictenoides es bastante rara: Billard la ha encontrado siete veces. De seis casos de erisipela ampollosa, en cuatro ocupaba el abdomen y en los otros dos la parte superior de los muslos; la erisipela miliar se estendia casi por todo el cuerpo: cinco de estos casos fueron mortales.

»La forma edematosa es tambien poco frecuente, y segun Hemmer termina á veces por el endurecimiento del tejido celular (*Die rose der Neugeborenen ohne und mit ihrer Folgekrankheit, in Rheinische Jahrbucher für Med. und Chir.*, bd. VII, st. III, p. 55).

»La forma flemonosa es muy comun en este caso. La enfermedad ocupa ordinariamente la region umbilical ó las partes genitales; sin embargo, Naumann la ha visto desarrollarse en el cuello, en la nuca, en el pecho, en los dedos y al nivel de las articulaciones (loc. cit., p. 232), y Berends en la cara y en la piel del cráneo. De las cuatro erisipelas flemonosas observadas por Billard, una estaba situada alrededor del ombligo, otra en la parte lateral izquierda del pecho, la tercera en la nalga y en la parte superior del muslo derecho, y la cuarta en la pierna del mismo lado. Naumann ha visto erisipelas flemonosas ambulantes ó que aparician simultáneamente en muchos puntos (loc. cit., p. 332), cuya circunstancia es muy notable y podria considerarse como propia de la erisipela de los recien nacidos.

»La supuracion se forma con rapidez y destruye el tejido celular subcutáneo en una estension á veces considerable: el pus es por lo comun ténue y de mala calidad. Se manifiestan síntomas generales graves; los niños dan gritos contínuos, el pulso es pequeño, deprimido y frecuente, la respiracion fatigosa; la piel adquiere un color ictérico general y se cubre de petequias; se forman aftas en la boca; sobrevienen vómitos y evacuaciones alvinas fétidas; la orina es encendida, verdosa, en ciertos casos negruzca, y mancha los pañales; la cara está profundamente alterada; los ojos se afectan de estrabismo, y se manifiestan convulsiones generales, que van seguidas de un estado comatoso mas ó menos profundo. La terminacion es casi siempre funesta: de los cuatro casos, observados por Billard, en tres sobrevino la muerte; la cual se verifica por lo comun antes del sétimo dia. Oesterlein ha visto un caso, en que el endurecimiento del tejido celular sucedió á la erisipela, y otros dos, en que habia desaparecido todo el tejido celular subcutáneo, de modo que la piel cubria inmediatamente á los músculos, los cuales estaban reunidos y confundidos entre sí (Naumann, loc. cit., p. 233).

»Por último, la gangrena se observa con frecuencia, como ya hemos dicho, especialmente en los niños endebles que han nacido de padres enfermos atacados de una afeccion venérea; sucede con estremada rapidez á la erisipela flemonosa, y se manifiesta á veces aun antes que se haya formado el pus, y en ciertos casos hasta en el grado eritematoso al tercero ó cuarto dia de la invasion del mal. Vénse entonces aparecer flictenas ocupadas por una serosidad líquida, y manchas negruzcas que se estienden mas ó menos rápidamente: las partes genitales son por lo comun el órgano donde tiene su asiento. Billard ha visto una erisipela de la cara que fue seguida de gangrena de la boca. La terminacion es casi siempre funesta, pudiéndose verificar la muerte al tercero ó cuarto dia.

»El diagnóstico de la erisipela de los recien nacidos no ofrece nada de especial, cuando la gangrena se desarrolla desde el principio y camina con rapidez: en ciertos casos es dificil distinguirla de la que corresponde á otras alteraciones.

»El pronóstico en general es muy grave: de cuarenta y cinco casos observados por Billard, Bang y OEsterleben, treinta y uno terminaron por la muerte. Segun el primero de estos médicos, aunque la enfermedad desaparezca de pronto, no se ven en los niños los síntomas funestos de metastasis que se observan en las personas adultas.

»La enfermedad es casi siempre complicada. Segun Baron, cuando es mortal la erisipela de los recien nacidos, casi siempre va acompañada de peritonitis (Chomel y Blache, art. citado). «En los cadáveres de diez y seis niños, he hallado, dice Billard, dos veces una gastroenteritis; diez, una enteritis; una, neumonia complicada con enteritis y congestion cerebral,

y en un caso una pleuro-neumonia.» (loc. cit., p. 122). Rayer ha visto una vez inflamada la vena umbilical, cuya alteracion habia sido ya notada en dos casos por Meckel. Osiander ha encontrado la arteria umbilical llena de pus (Denkwurdigkeiten, bd. II, p. 370) y Underood ha visto dos veces un reblandecimento considerable de la mucosa gástrica.»

«Erisipela de los viejos.—Manifiéstase la erisipela con bastante frecuencia en los viejos aniquilados por la edad, por achaques y enfermedades antiguas: se desarrolla especialmente en las estremidades inferiores ó en las partes genitales, cuando los individuos estan afectados de incontinencia de orina; pero en el mayor número de casos no es mas que un síntoma de otra afeccion: «En las piernas, dice Lepelletier, la fluxion erisipelatosa es casi siempre poducida por la distension á que se halla sometida la piel de los viejos en estas partes, que por lo comun estan hinchadas y edematosas, especialmente por las tardes» (tésis citada, p. 360). El curso de la enfermedad es ordinariamente lento y crónico; la quietud en cama por la noche y la posicion horizontal disipan en parte la rubicundez y la tumefaccion, que vuelve á reproducirse durante el dia; y en estos casos es principalmente cuando aparece el exantema, con intervalos mas ó menos largos y regulares, bajo la influencia de la mas ligera causa. La supuracion es rara, y por el contrario el edema, y sobre toda la gangrena, muy frecuentes. Cuando la enfermedad ocupa una estension considerable, sobrevienen complicaciones de los órganos digestivos ó respiratorios, y á veces un estado tifoideo que mata rápidamente á los enfermos.»

«Causas.—*A. Predisponentes.*—1.° *Hereditarias.*—Algunos autores creen que puede trasmitirse hereditariamente una predisposicion, desconocida en su naturaleza, para contraer la erisipela: se han citado muchos ejemplos de familias en que todas las mujeres, hácia la edad crítica y despues de ella, estaban sujetas á padecer erisipelas intermitentes ó periódicas (Naumann, loc. cit., p. 257); y nosotros mismos hemos observado muchos casos de este género.

»2.° *Edad.*—La erisipela, como ya hemos dicho, puede manifestarse desde los primeros dias de la vida extra-uterina hasta la edad mas avanzada: Naumann cree sin embargo, que es mas frecuente en los individuos de veinte á cuarenta y cinco años. Nosotros opinamos con José Frank, que la erisipela de la cara es mas comun en los adultos y la de las estremidades inferiores en los viejos.

»3.° *Sexo.*—Las mujeres la padecen con mas frecuencia que los hombres, lo cual debe atribuirse, lo mismo que los niños, á la finura y mayor susceptibilidad de su piel. En cada veinte enfermos que se presentan en la clínica con erisipela, dice J. Frank, se cuentan por lo menos diez y seis mujeres: entre veinte que fueron tratados por Chomel, habia trece pertenecientes á este sexo. De cuarenta y tres casos de erisipela de la cara observados por Luis, veiticinco recayeron igualmente en el sexo femenino. Sin embargo, entre seiscientos treinta y tres enfermos atacados de erisipela que entraron en los hospitales de París durante los años 1830 y 1831, el número de mujeres solo ascendió á trescientas veintiseis (Chomel y Blache, artículo citado); proporcion bien diferente de la que resulta de los casos observados por Frank. Las mujeres, en razon sin duda de sus evacuaciones menstruales, padecen mas á menudo que los hombres erisipelas periódicas.

»4.° *Constitucion.—Temperamento.*—Aunque todas las constituciones y temperamentos estan indistintamente espuestos á padecer la erisipela, no dejan sin embargo de influir notablemente sobre la forma con que esta se presenta. Asi es que en los individuos de constitucion robusta y de temperamento sanguíneo, se observan especialmente las formas inflamatoria y flemonosa; en los individuos débiles y lanfáticos, la edematosa; en los que tienen un temperamento bilioso, la biliosa; y por último, la gangrenosa se presenta con preferencia en las personas cuya constitucion es endeble y deteriorada.

»5.° *Estado de salud.*—Segun Naumann, ciertos estados fisiológicos, como la época menstrual y el embarazo, predisponen á la erisipela; pero las enfermedades de los órganos digestivos, del hígado, la gota y el reumatismo, tienen una influencia mas evidente: algunas afecciones cutáneas, como el eczema, el pórrigo y el lupus, favorecen de un modo manifiesto el desarrollo de la erisipela. En tales circunstancias suele sobrevenir la inflamacion cutánea á consecuencia de las picaduras que hacen las sanguijuelas, por la aplicacion no solo de un rubefaciente sino hasta de una cataplasma, y en una palabra por las causas esternas mas ligeras. En el edema, en el flemon circunscrito, profundo ó difuso, en algunas enfermedades, tales como la elefantiasis de los árabes y el ergotismo, en ciertas afecciones generales y en el tifus, puede la erisipela considerarse como un síntoma.

»6.° *Alimentacion.*—Algunos autores han creido hallar en la alimentacion causas predisponentes enérgicas para contraer la erisipela. Se ha dicho que los alimentos irritantes, tales como los ajos, las cebollas, las especias, ciertos pescados, y el abuso de las bebidas alcohólicas, favorecen el desarrollo de la enfermedad: «Algunos han llegado á asegurar, dicen Chomel y Blache, que esta afeccion es mas frecuente en los paises en que se hace mas uso de este género de alimentos y bebidas; pero tales aserciones no estan demostradas, ni se apoyan en un número suficiente de hechos.» Lejos de eso fácil seria demostrar rigurosamente lo contrario; pues en Rusia, donde come el pueblo durante una parte del año casi esclusivamente setas escabechadas en mal aceite de linaza y pescados secos,

y bebe un detestable aguardiente de semillas, no son de modo alguno las erisipelas mas frecuentes que en Francia, por mas que diga lo contrario. Tode (*Med. chirurg. bibl.* bd. 1, st. 3, p. 161).

»7.° *Climas.—Estaciones.*—Hasta ahora no tenemos datos estadísticos que permitan establecer la mayor frecuencia de la erisipela en unas latitudes que en otras; sin embargo, es de creer que se presente á menudo en los trópicos, donde reinan endémicamente, por decirlo asi, varias enfermedades cutáneas, la elefantiasis de los árabes y ciertas fiebres pestilenciales. La erisipela se presenta en todas las estaciones; no obstante, José Frank cree que el invierno favorece principalmente su desarrollo, sobre todo cuando la atmósfera está cargada de electricidad: segun Chomel y Blache es mas frecuente en la primavera y con especialidad en el otoño, cuando le ha precedido un estío caliente y seco.

»8.° *Constituciones médicas.* —Es indudable que ciertas condiciones de la atmósfera favorecen poderosamente el desarrollo de la erisipela, pero como diremos despues, se limitan casi constantemente á una localidad mas ó menos reducida, siendo por lo comun en los hospitales ó en una sala de estos, donde se hace la erisipela, digámoslo asi, *endémica*. Las condiciones atmosféricas no son por sí solas suficientes para producir la enfermedad; la cual rara vez se desarrolla espontáneamente por causa interna; sino que generalmente es ocasionada por la influencia de causas esternas, que en otros casos no podrian determinarla, y sobre todo por causas traumáticas. En tales circunstancias no puede practicarse una operacion quirúrgica, abrir un absceso, pasar un sedal, hacer una sangria, ó aplicar sanguijuelas, sin que se desarrolle una erisipela alrededor de la solucion de continuidad y se estienda á mayor ó menor distancia en las partes circunyacentes: el mismo resultado produce á veces la aplicacion de un moxa, de un vegijatorio, ó de una simple cataplasma. En los casos de esta naturaleza la erisipela tiene mucha tendencia á tomar el carácter flemonoso ó gangrenoso, á complicarse con la podredumbre de hospital, la fiebre tifoidea, la reabsorcion purulenta, etc. El Hôtel-Dieu de París y el hospital de San Jorge de Lóndres (*On the nature and treatment of erisipelas;* en *The medico chir. Review*. 1828, núm. XVIII, p. 368) presentan frecuentemente la constitucion médica de que acabamos de hablar, y aun parece que en estas dos capitales tienen privilegio esclusivo respecto de este punto.

»¿Podran esplicarse las condiciones atmosféricas locales que tienen una accion tan poderosa en el desarrollo de la erisipela y tan funesta para la vida de los enfermos? Boinet ha intentado hacerlo relativamente al Hôtel-Dieu de París, colocando en primer lugar la situacion de este hospital, que considera húmedo y mal sano. «Situado, dice, sobre ambas riberas del Sena, cuya corriente es lenta y cenagoso su fondo á causa de las alcantarillas que desembocan en é por mas arriba, se halla espuesto á la influencia de la humedad y de los gases sépticos.» Siempre que hay avenidas en el Sena, añade Boinet, entra el agua en las cuevas del Hôtel-Dieu, donde permanece por espacio de seis semanas ó dos meses; habiéndose notado cierta coincidencia entre las épocas en que crece el rio y la aparicion de la erisipela. Asegura este autor por otra parte, que se la observa especialmente en los meses de marzo, abril, setiembre, octubre, agosto y noviembre, ó cuando las salas estan llenas de enfermos. En resumen, opina Boinet, que deben considerarse como causas de las endemias erisipelatosas del Hôtel-Dieu de París: 1.° la posicion topográfica del hospital; 2.° la constitucion reinante de la atmósfera (frio húmedo); y 3.° la aglomeracion de enfermos, (*Des constitutions crysipelateuses qui regnent habituellement à l'Hôtel-Dieu de Paris*; en *Journ des conn. médico-chir.*, t. V, p. 13).

»Sin negar que las circunstancias indicadas por Boinet puedan en efecto tener grande influencia, debemos decir sin embargo, que no bastan por sí solas para esplicar una constitucion erisipelosa que hemos visto reinar en el hospital de San Luis, en condiciones enteramente opuestas á las que señala aquel médico. No se ha escapado esta objecion á Boinet, quien ha podido convencerse por sí mismo de la verdad de nuestro aserto.

»B. *Causas determinantes.*—«A nuestro modo de ver, dicen Chomel y Blache, *jamás resulta la erisipela de una causa esterna*, ó por lo menos si concurre algunas veces á su produccion un agente de esta naturaleza, *solo tiene una parte secundaria en su desarrollo*; siendo preciso que exista una disposicion particular que nosotros ignoramos...... No obstante, como hay cierto número de médicos que atribuyen esclusivamente la produccion de la erisipela á las causas ocasionales, y niegan la influencia de esta predisposicion inesplicable que colocamos en primera línea, nos vemos en la necesidad de discutir esta opinion.» Los médicos que acabamos de citar establecen: 1.° que tanto en el curso de las epidemias, como cuando no existen influencias de este género, se ve un número considerable de individuos en quienes se desarrolla la erisipela sin ninguna causa ocasional apreciable; 2.° que en aquellos en quienes ha precedido á la enfermedad una causa ocasional, esta, por una parte se halla lejos de ser igual en todos, y por otra ha existido ya gran número de veces en los mismos individuos sin producir la erisipela; 3.° que la erisipela se presenta al mismo tiempo sin causa esterna en gran número de individuos; y 4.° que cuando cesa la erisipela de presentarse espontáneamente, las mismas causas ocasionales que parecian producirla no gozan ya de esta accion; de lo cual debe deducirse «que la erisipela epidémica, lo mismo que la esporádica, es debida principalmente á una disposicion interna, y que las

causas ocasionales no tienen otra influencia que la de apresurar su aparicion y determinar á veces su primitivo asiento, (*art. citado Dictionn. de médec.* t. XII, p. 218, 219).

»Otras muchas consideraciones podrian aducirse en apoyo de la opinion de Chomel y Blache; sin embargo, es muy difícil decidirse en una cuestion que se presenta bajo aspectos tan diversos. Sin que tratemos de esplicar, y contentandonos únicamente con enunciar los hechos que se presentan todos los dias á nuestra observacion, debemos admitir: 1.° que la erisipela se manifiesta algunas veces espontáneamente sin que pueda atribuirse á una predisposicion ni á una causa determinante interna; 2.° que bajo la influencia de ciertas constituciones médicas, que reinan en localidades mas ó menos estensas, contrae la economía una predisposicion en virtud de la cual se manifiestan numerosas erisipelas, ya por causas internas (*infarto gástrico, fiebres de mal carácter, etc.*), ó ya por causas esternas, en cuyo caso todo se convierte, por decirlo así, en causa determinante de la enfermedad; 3.° que otras veces ciertos modificadores, cuya accion es conocida, son al parecer causas determinantes de la erisipela con independencia de toda predisposicion: así, por ejemplo, las operaciones que se practican en la cara, como la rinoplastia, determinan muchas veces una erisipela, cualesquiera que sean las condiciones individuales y esteriores en que se hallen colocados los individuos en quienes se opera; y 4.° en fin, que en circunstancias mas raras, ciertas causas internas ó esternas determinan el desarrollo de una erisipela, sin que sea posible esplicar su modo de obrar, ni suponer la existencia de una predisposicion. Raimann habla de una mujer, cuyos partos se anunciaban siempre por una erisipela del brazo; faltó esta una vez, y la enferma sucumbió poco tiempo despues del alumbramiento, á consecuencia de una apoplejia (*Medicus Geschichte der periodischen Frankh*, t. I, p. 189). Conviene que el lector no pierda de vista estas proposiciones en el estudio de las causas determinantes de la erisipela.

»1.° *Contagio*.-La propagacion contagiosa de la erisipela ha tenido ardientes defensores, particularmente en Inglaterra. Willan refiere que un niño que la padecia se la comunicó á su madre durante la lactancia; el doctor Wells cita muchos ejemplos de erisipelas de la cara, producidas segun él, por medio del contagio (*Transact. of a Society for the improvement of med. and chir. knowledge*, t. II, p. 213); el doctor Dickson ha visto dos casos de esta misma naturaleza, en que la enfermedad se comunicó á las personas que asistian á los enfermos (*The medico-chirurgical Journal*, 1819, p. 615); el doctor Blackett, dice, que una vez se contagió toda la familia de un enfermo que padecia una erisipela de la cara (*The medical and physical journal*, abril, 1826). Gibron asegura haber observado en 1822 en Montrose erisipelas graves, que se trasmitian evidentemente por contagio (Gerson und Julius, *Magasin*, 1830, cuad. 1) Bittcair, Baillie, Parr, Dickson Wright (*The american journal of the medical sciences*, mayo 1829, p. 23), Lawrence y Arnott (*The medico-chirurg. rewiew*, octubre 1828, n.° XVIII, p. 361), citan igualmente varios hechos en apoyo de esta opinion, que no se halla adoptada por la mayoria de los autores: «Entre los millares de ejemplos de erisipelas que he visto, dice José Frank, no habia uno solo en que pudiera suponerse desarrollada por el contagio:» Alibert, Chomel, Biett, Cazenave y Rayer, no han sido tampoco mas felices que José Frank con respecto á este punto. Reservando, cómo debe hacerse, la palabra *contagio* para espresar la facultad que tiene una afeccion de trasmitirse de un individuo á otro por el contacto inmediato, y sobre todo por la inoculacion, preciso es decir con Lepelletier, que: «la erisipela no complicada con otra enfermedad *no es contagiosa*; que la que resulta de una causa esterna es puramente local, *no contagiosa ni infectante*, y en fin que la erisipela epidémica parece ser *contagiosa*» (tésis citada, p. 49).

»2.° *Epidemia*.—Numerosas observaciones demuestran que la erisipela puede desarrollarse espontáneamente en gran número de individuos sanos ó enfermos, con independencia de toda causa esterna, por la sola influencia de ciertas constituciones atmosféricas, que obran como causas determinantes. Ya Hipócrates habia observado epidemias erisipelatosas (Epidem. libro III), Tulpius y Bartholin las describen igualmente; Tozzi (*Comment. in Hipp. Aph.*, lib. VII, §. 20) observó una en Nápoles en 1700; Bichter en Turin en 1720—24; Daulne en 1750; Ferro en Viena en 1780; Raggi en Pavia en 1783; Copland en Lóndres 1814, 1824 y 1825 (loc. cit., p. 826), y las ha habido en Paris en 1818, 1828 y 1835. La erisipela de los recien nacidos reina por lo comun epidémicamente (Dugès *Rech. sur les maladies des enfants nouveau-nés*).

»Estas epidemias, como ya lo habia notado Sidenham, parecen presentarse principalmente en el otoño y en la primavera; coinciden, segun Copland, con la depravacion del aire por miasmas pútridos, los efluvios y las emanaciones que resultan de un número considerable de enfermos aglomerados en un espacio muy reducido: muchas veces no es posible sospechar su orígen. En estas circunstancias, la afeccion adquiere una gravedad particular; reviste las formas gangrenosa y adinámica, y va acompañada de complicaciones mas ó menos funestas. La erisipela biliosa se presenta muchas veces con el carácter epidémico.

»3.° *Alimentacion*.—Se ha dicho que la ingestion en el estómago de pescados podridos, de almejas no lavadas, de quesos pasados, de tocino rancio y de sardinas, pueden determinar la erisipela. Léese en las *Efemérides de los curiosos de la naturaleza* (déc. II, obs. 52), que

«siempre que Hahneman comia carne de ganso era invadido por una erisipela ulcerosa de la cara.» Ciertos alimentos contrarios á algunas idiosincrasias particulares, dice José Frank, producen el mismo efecto, como por ejemplo, el hígado de can marino y de sollo. Bramhilla ha visto desarrollarse numerosas erisipelas en los militares que, ostigados por la sed, bebian del agua corrompida de los pantanos. La influencia de las causas de este género es muy oscura, y parece exigir en todos los casos la existencia de la predisposicion.

»4.º *Modificadores patológicos.*—Muchas enfermedades se consideran capaces de producir la erisipela: una distension demasiado considerable de la piel por un edema, un flemon, las varices (José Frank, loc. cit., p. 15), un tumor, y ciertas afecciones cutáneas, pueden efectivamente producirlas por sí mismo; pero cuando la erisipela se manifiesta en el curso de una gastritis, de un infarto gástrico, de una enteritis, de una enfermedad del hígado, de una fiebre grave, como sucede con frecuencia en los Trópicos (Hasper, *Krankheiten der Tropenländer*, part. II, p. 393), ó de la elefantiasis de los árabes; cuando se presenta despues de la supresion de los ménstruos ó de una hemorragia habitual, debe considerarse únicamente como síntoma y efecto, no de la enfermedad primitiva, sino de la causa que la produjera. Van der Bosch ha visto frecuentemente erisipelas acompañadas de *fiebre verminosa (Hist. constit. epidem. vermin.*. p. 179).

»5.º *Impresiones morales.*—La cólera, el terror y todas las impresiones morales vivas pueden determinar la erisipela. Falopio refiere la historia de una mujer, que padecia erisipela de la nariz siempre que se encolerizaba (*Oper. omnia*, t. II. p. 100). José Frank vió un niño, que habiéndose asustado por una pendencia habida entre sus padres, fue invadido en el instante por una fiebre, y al dia siguiente por una erisipela de la cara. «Ademas, dice este autor, he observado algunas veces esta enfermedad en niños recien nacidos, cuyas madres habian recibido sustos en el curso de su embarazo. En general no he visto en parte alguna desarrollarse tantas erisipelas á causa de las emociones como en la Lituania» (loc. cit., p. 76). Schroeder (loc. cit., §. 8) refiere muchos ejemplos para demostrar la influencia de las causas morales; pero de todos modos, siempre es preciso admitir la preexistencia de una disposicion especial.

«6.º *Impresiones atmosféricas.*—El frió húmedo, las nieblas del mar (Pallas, *Neue Bœtitræge*, bd. IV, p. 156) la insolucion (Pelargus, *Med. Jahrgänge.* jahrg. IV, p. 185), pero especialmente los cambios repentinos de temperatura y el paso súbito del calor al frio, son circunstancias que producen la erisipela. «He visto muchas veces en Wilna, dice Lorry (loc. cit., p. 265), sugetos que durmiéndose á la intemperie en el rigor del invierno, despues de haber bebido con esceso licores fermentados, eran acometidos de una fuerte erisipela de la cara.» La que se presenta en los pechos de las puérperas, y la que se observa en los recien nacidos, no reconocen á veces otra causa.

«7.º *Modificadores irritantes, directos y locales.*—Ora sea independiente la accion que estos ejercen, ora la favorezca una predisposicion individual desconocida, un estado patológico (*infarto gástrico, enfermedades cutáneas*), ó bien una constitucion médica (*erisipela epidémica ó endémica*), las causas locales esternas son sin duda las que provocan las mas veces el desarrollo de la erisipela. A este órden deben referirse las fricciones fuertes practicadas en la piel (José Frank, loc. cit., p. 75), el licor especifico que dejan en este órgano ciertos animales, sobre todo algunos insectos (Reaumur, *Memoires pour servir à l'histoire des insectes*, t. p. 226; *Neues Magas. fur die Liebhaber der Entomologie*, bd. I, p. 44, 50), la aplicacion de jugos corrosivos vegetales (*Rust's Magas.*, bd. XVIII, heft. III, p. 498), y tal vez sus exhalaciones, la de pomadas y de ungüentos rancios, ácres é irritantes: «He visto, dice J. Frank, en el hospicio de Pavia, una erisipela de la cara acaecida á causa de haber aplicado en la cabeza para matar los piojos el óxido rojo de mercurio, y mi padre la ha observado igualmente en la cara por haber combatido una tiña con el arsénico» (loc. cit., p. 75). El mismo efecto producen la aplicacion de sinapismos, de vejigatorios, del fuego de los cáusticos, y en una palabra, de todos los irritantes. «Tambien he visto, dice J. Frank, una erisipela en las íngles y en el abdomen, á consecuencia de un cáustico empleado para combatir unos bubones, y otra en la cara, producida por el ácido acético, que se aplicara sin precaucion en las sienes y en las narices, para remediar una lipotimia.» En el mismo caso se hallan las picaduras de ciertos insectos (*Journ. Isis*, 1818, p. 1567; *Froriep's, Notizen*, bd. XXVIII, p. 160; *Rust's Magas.* bd. VII, heft. I), de las sanguijuelas de mala especie (Vogel, *Prœlectiones de cognos. et curandis corporis humani affectibus*, p. 195), y aun de las de buena cualidad cuando reinan constituciones médicas erisipelatosas, y la compresion de los tegumentos. «He visto mas de una vez erisipelas de los pies producidas por un calzado demasiado estrecho; y de la cara, por el uso de las caretas que su llevan por carnaval» (José Frank, loc. cit., p. 75). Uno de nosotros acaba de observar una erisipela del pie ocasionada por un zueco demasiado estrecho. Deben incluirse tambien en el número de estos modificadores, la inoculacion de la serosidad de algunas flictenas (Willan, *On cutaneous diseases* p. 514), como la del virus vacuno, cuya operacion determinó erisipelas en los miembros superiores y en las paredes del torax en ocho de treinta niños observados por Billard (loc. cit., p. 121); la ligadura del cordon umbilical, y por

último, especialmente cuando existen constituciones erisipelatosas, las quemaduras, las contusiones, las fracturas, las lujaciones, las operaciones quirúrgicas, las incisiones, la flebotomia (Brambilla, *Chirurg. Abhandlung von d. phlegmone*, p. 22), y las picaduras que se reciben en las disecciones anatómicas. Las causas traumáticas tienen especialmente una influencia muy marcada, cuando obran sobre la piel del cráneo ó la cara.

»TRATAMIENTO.—Hánse propuesto para combatir la erisipela gran número de medicaciones diferentes. Para enumerarlas con órden, es bueno referirlas á métodos terapéuticos generales, y con este objeto adoptaremos la division de Lepelletier que las comprende todas, reservándonos discutir al final del presente capítulo el valor relativo y la aplicacion de estos métodos, esponiendo las consideraciones en que debe fundarse el tratamiento racional de la enfermedad, consideraciones que son relativas á las causas, asiento y naturaleza de la misma.

»Lepelletier (tésis citada, p. 65) reduce todos los medios terapéuticos que se emplean contra la erisipela á diez métodos, que son los siguientes: 1.° espectante; 2.° antiflogístico; 3.° repercusivo ó refrigerante; 4.° derivativo; 5.° ectrótico; 6.° evacuante y perturbador; 7.° mercurial; 8.° tónico; 9.° compresivo, y 10 divisivo. Los estudiaremos sucesivamente.

»1.° *Método espectante.*—Consiste en colocar la parte enferma en una situacion conveniente, en prescribir la quietud general, la dieta, las bebidas emolientes, los fomentos de la misma naturaleza, y en mantener libre el vientre por medio de lavativas. Debe colocarse el enfermo en una habitacion ventilada, que tenga buena luz y una temperatura suave y uniforme.

»2.° *Método antiflogístico.*—Consideran muchos autores las sangrías generales como la base del tratamiento de toda erisipela: «Ubi pri»mum accedo, dice Sydenham, satis largam »sanguinis cuantitatem e brachio extrahi prœ»cipio.» Astruc repetia las evacuaciones sanguíneas generales cinco ó seis veces durante los primeros dias (*Tractatus de tumoribus*, libro II, capitulo I). Lawrence (*Observations on the nature and treatm. of eris*; en *médico-chir. Transactions*, vol. XIV), y Bouillaud las consideran como el medio mas eficaz que puede oponerse á la erisipela, cualquiera que sea su forma: Naumann (loc. cit., p. 315) dice que debe recurrirse á ellas aun en los viejos, y aunque el exantema se acompañe de síntomas adinámicos. La sangría de la safena es la que se ha preferido cuando la erisipela ocupa la cara. Empero seria muy peligroso generalizar el uso de la flebotomia. Boyer (loc. cit., p. 18) y Chomel y Blache advierten con mucha razon á los prácticos, que usen con estremada reserva un medio, que ó bien se limita á paliar el exantema sin abreviar su duracion, ó bien produce accidentes muy funestos. Bally opina que las sangrias para combatir la erisipela de la cara, contra la cual se han recomendado de un modo especial, *agravan los síntomas, facilitan la invasion del delirio ó lo hacen mas intenso y prolongan la afeccion.* «Esta opinion, dice Banquier, se halla demasiado justificada por los hechos que hemos observado en la Piedad y en el hospital Cochin; pues de todos los enfermos que hemos visto con erisipela, los únicos que corrieron peligro son los que se sujetaron al método antiflogístico» (*Annuaire médico-chirurg.*, 1827, p. 279). Nuestras observaciones confirman completamente esta asercion. Andral insiste en la facilidad con que sobrevienen accidentes nerviosos en los individuos debilitados por evacuaciones numerosas de sangre (*Precis d'anat. pathol.*, t. I, p. 15). El uso de la sangria únicamente se halla indicado en un corto número de casos.

»No han sido menos preconizadas las sangrias locales; Lawrence y Lisfranc aseguran haber obtenido efectos maravillosos de las aplicaciones reiteradas de sanguijuelas. Estas pueden usarse, segun dice con razon Lepelletier, ora como medio evacuante, colocándolas en la piel sana á mas ó menos distancia de la parte inflamada; ora como evacuantes tambien pero sobre el mismo punto que ocupa el exantema; ora en fin como medio derivativo; en el sitio por donde se verificara una hemorragia habitual, cuya supresion haya producido la erisipela: bajo el primer aspecto, las sanguijuelas tienen todos los inconvenientes que hemos señalado á las evacuaciones generales; bajo el segundo se ha dicho, que lejos de mejorar el estado de la enfermedad, hacen mas grave la erisipela, y que esta adquiere el caracter flemonoso; á lo cual responde Lisfranc: «Bien puede esto suceder cuando se apliquen las sanguijuelas en corto número, porque entonces, segun se ha observado en muchas ocasiones, obran como medios rubefacientes y no como antiflogísticos; pero no sucede lo mismo cuando se las aplica en número considerable, como treinta, cuarenta, cincuenta ó mas, segun la intension de la flegmasia» (*Annuaire médico-chirurgical*, 1826, p. 363). Bajo el tercer aspecto se halla admitida por todos los prácticos la utilidad de las sanguijuelas. No se olvide que cuando estan los enfermos bajo la influencia de una predisposicion, ó de una constitucion médica erisipelatosa, cada picadura de sanguijuela se convierte á veces en foco de una nueva erisipela.

»Stoll practicaba escarificaciones en la nuca para curar la erisipela de la cabeza: Freind (*Historia medicinœ*, p. 29) y Hutchinson (*Médico-chirurg. transac.*, t. IV, 1814), han propuesto escarificar la misma parte afectada por la erisipela; J. Frank condena este medio por haberle visto producir la gangrena.

»Lassis (*Gaz. méd.*, 1832, t. III, p. 752), Dobson y Bright hacen ligeras picaduras en la superficie erisipelatosa: el primero de estos

autores practica de quince á veinte en una superficie de mediana estension, y los otros dos las hacen subir á muchos cientos y aun miles, repitiendo esta operacion dos ó tres veces en las veinticuatro horas, y favoreciendo la salida de la sangre con una esponja empapada en agua tib a. Babington prefiere ejecutar con la punta de una lanceta ligeras incisiones muy próximas entre sí.

»Los tópicos emolientes húmedos, las cataplasmas de harina de linaza y los fomentos hechos con el cocimiento de malvavisco ó de sauco, se emplean tambien con mucha frecuencia; pero tienen el inconveniente de provocar la formacion de las vesículas, y de favorecer el desprendimiento del epidermis. «Las harinas secas de centeno y trigo con las que se propone espolvorear la superficie inflamada, forman costras debajo de las cuales se verifica muchas veces una exhalacion purulenta, y son por lo tanto mas perjudiciales que ventajosas» (Chomel y Blache). Débese sin embargo reconocer, que en las erisipelas de la cara pueden á veces obtenerse algunas ventajas de las lociones tibias hechas con una infusion de flores de malva, de meliloto, ó bien con un cocimiento de cabezas de adormideras.

»Martin Solon y Barthez alaban la manteca usada tópicamente, y le atribuyen muchas curaciones (*Lancette française*, 1831, t. V, página 217; *Recueil de médecine et de chir. milit.*, 1834, t. XXXVI, p. 264); pero no está comprobado por la observacion el valor de este medicamento.

»Los baños tibios generales de agua pura ó preparados con salvado, son útiles en la erisipela muy estensa ó ambulante, en cuyas circunstancias hemos conseguido muchas veces obtener de este medio muy buenos efectos: Renauldin los empleó con ventaja en el tratamiento del enfermo cuya observacion ha publicado con el nombre de *erisipela general*. Chomel los recomienda particularmente en la erisipela «que se presenta con los síntomas generales de la fiebre atáxica.»

»Las bebidas que generalmente se prescriben son las calientes mucilaginosas, ó ligeramente aciduladas.

»3.º *Método refrigerante.* —Muchos médicos proponen que se trate la erisipela con los fomentos frios; Reuss, en la que ocupa la cara, cubre esta parte de compresas empapadas en agua fria (*Die gesichtrose und deren Behandlung mit kaltem Waser* en *Hufel. Journ.*, mayo 1824, p. 71); Gouzée hace uso de una mezcla compuesta con una parte de espíritu de trigo de 15º y ocho de agua (*Arch. gener. de med.*, 1833, 2.ª série, t. I, p. 493); Wilkinson prefiere la fórmula siguiente: R. ammoniacum carbonicum depuratum, plumbi acetic. áá. drac. unam; Aq. ros. unc. octo (*Horn's Arch.*, 1823, heft 5), y otros emplean el subacetato de plomo líquido disuelto en agua. Nosotros hemos visto á Jobert usar con ventaja en el hospital de San Luis el alcohol alcanforado diluido en agua.

»Gama, y despues de él Malgaigne, han empleado el alcanfor de la manera siguiente: «Cuando la parte es plana y horizontal, puede estenderse el alcanfor sobre la misma piel; en caso contrario se le coloca entre dos lienzos mojados, ó en la superficie de una cataplasma que lo mantenga en el punto donde debe obrar. Conviene humedecerlo, lo mismo que las compresas que lo cubren, á fin de sostener la evaporacion. Si el calor local es muy intenso, bastan dos horas para que se hallen perfectamente secas las compresas por mucho que se hayan empapado; pero repetimos que es preciso conservarlas húmedas, sin cuyo requisito no tiene ninguna accion el alcanfor; el cual obra únicamente, como los aceites volátiles, por la evaporacion y el frio que produce.» Refiere despues Malgaigne algunas observaciones recogidas en el Val-de-Grace, y añade: «He usado muchas veces el alcanfor, sin que jamás haya resultado ningun accidente, y consiguiendo siempre curaciones rápidas.» (*Gaz. méd.*, 1832, t. III, p. 382,)

»El método refrigerante, en el cual reconocemos una accion muy enérgica, no podria menos de ser peligroso aplicado á todas las erisipelas, y opinamos con J. Frank (loc. cit. 83), que solo debe emplearse en las erisipelas por causas locales. Malgaigne es probablemente tambien de este parecer, pues lo hemos visto prescribir una sangria de doce onzas y doce sanguijuelas al cuello, algun tanto receloso de que sobreviniera una metastasis, en un soldado que padecia una erisipela espontánea de la cara, y que estaba sometido al tratamiento por el alcanfor. Sin embargo, no pretendemos decidir aqui una cuestion, que apoyada en la práctica de los médicos ingleses, merece un examen prolijo, y que ya hemos dilucidado mas detenidamente al ocuparnos de los *exantemas*, considerados de un modo general.

»4.º *Método derivativo.*—Consiste esencialmente, dice Lepelletier, en desalojar la inflamacion del punto donde sus progresos puedan hacerse muy peligrosos, y establecerla en otro donde su desarrollo no tenga la misma gravedad. Este cambio de asiento de la flegmasia puede efectuarse, ora en los diversos puntos de la cubierta cutánea mas ó menos distantes entre sí, ora en los elementos superficiales de la piel puestos en oposicion con los profundos, y sobre todo en el tejido celular subcutáneo. En el primer caso nos proponemos cambiar completamente el asiento de la superficie inflamatoria; y en el segundo conservar la flegmasia en el sitio que ocupa, pero haciéndola mas superficial y circunscrita. Encontráremos un ejemplo de la primera derivacion en la rubefaccion de los pies bajo la influencia de un sinapismo, para conjurar los progresos de una erisipela de la cara; y de la segunda, en la aplicacion de un vejigatorio en el centro de una erisipela flemonosa, para evitar que se propague en esten-

sion y profundidad. Todos los elementos terapéuticos de este método son medios escitantes mas ó menos activos, en los cuales debemos reconocer, para comprender bien sus aplicaciones, tres efectos esencialmente distintos: 1.º atraer á su primitivo asiento una fluxion erisipelatosa que se ha fijado en órganos importantes; 2.º hacer que la flegmasia deje un punto para presentarse en otro; y 3.º en fin, concentrar los fenómenos inflamatorios en la misma parte que ocupa la erisipela.» (Tés. cit., p. 95).

»Importa mucho no perder de vista las distinciones que establece muy bien Lepelletier en el pasage que acabamos de copiar. Ya volveremos á hablar de este asunto, cuando nos ocupemos del tratamiento de las diferentes formas erisipelatosas en particular; limitándonos aqui á enumerar los principales agentes terapéuticos que se han empleado, y á indicar el uso que cada autor hace de ellos.

»El linimento de Kentisch (mezcla de ungüento basilicon y de aceite esencial de trementina) ha sido alabado por el doctor Meigs (*American med. and surg. journ.* julio 1828), quien asegura haber obtenido de él muy buenos resultados, habiéndolo empleado indistintamente contra todas las variedades de la enfermedad. Renueva con bastante frecuencia las aplicaciones de este medicamento, hasta que se detenga el curso progresivo de la afeccion. Carecemos de datos suficientes para decidirnos sobre el valor de este agente terapéutico.

»El cauterio actual, aconsejado por Pelletan como un revulsivo poderoso contra la erisipela, se ha empleado con mucha frecuencia en estos últimos años, principalmente por Larrey, quien asegura haber obtenido de él grandes ventajas, consiguiendo muchas veces detener el curso de la enfermedad (*Cliniq. chirurg.*, t. I, p. 64-67.—*Clinique des Hôpit. et de la ville*, t. I, p. 2.; t. II. p. 242.—*Arch. génér.*, primera série, t. XVI, p. 446). Debe aplicarse el instrumento por una superficie pequeña en gran número de puntos de la parte enferma, ó bien por una superficie ancha, pero en el centro de la flegmasia: en la erisipela traumática deben cauterizarse los puntos que esten mas cerca de la herida.

»Esta aplicacion, dice Larrey, causa poco ó ningun dolor, y va inmediatamente seguida: 1.º de un efluvio gaseiforme y de un olor animal, que se hace visible por el ligero humo en que va envuelto: 2.º de la desaparicion del calor y del dolor tensivo que sentia el enfermo en toda la parte inflamada: 3.º desaparecen tambien la rubicundez y la tumefaccion: 4.º las cauterizaciones no van seguidas de supuracion; no producen la gangrena como pueden hacerlo los rubefacientes; las partes quemadas del cutis caen en forma de escamitas carbonosas, y no dejan cicatrices sensibles: 5.º se restablece casi instantáneamente el flujo purulento de la herida, cuya supresion habia precedido á la erisipela, y 6.º en fin, renacen al mismo tiempo las fuerzas del individuo y se reaniman las funciones debilitadas de las vísceras, especialmente las del estómago, concurriendo asi á la completa resolucion de la enfermedad exantemática.» Repetimos que mas adelante apreciaremos este medio terapéutico, al establecer el tratamiento racional de la erisipela; pues aqui no hacemos otra cosa que indicárlo, como todos los demas propuestos por los autores, advirtiendo solo que ninguno de ellos puede adoptarse como método general.

»*Moxa.*—Algunos prácticos han preferido el moxa y los diferentes cáusticos al hierro incandescente; pero nosotros creemos que debe recurrirse á este con preferencia cuando se quiera emplear semejante medicacion.

»Puédese con ventaja aplicar sinapismos en un punto mas ó menos distante del exantema; pero no siempre estan exentos de inconvenientes; pues ora determinan una reaccion general, un eretismo funesto; ora provocan una nueva erisipela, y á veces dan lugar á la supuracion ó á la gangrena. Se ha propuesto colocar los sinapismos sobre la misma parte enferma ó en sus limites; pero creemos que este método únicamente debe aplicarse en los casos escepcionales que luego mencionaremos.

»El uso de los vejigatorios en el tratamiento de la erisipela, dice Rousseau (*Recueil de méd. et de chir. militaires*, t. XII, p. 305), no es un método nuevo, pues esta práctica data ya de fines del siglo XVII y tal vez de mas atrás: hay motivos para presumir que los italianos fueron los primeros que tuvieron la idea de aplicar vejigatorios en el mismo sitio de la erisipela.... Tambien en Francia se ha recomendado hace mucho el uso de este medio en el tratamiento de la erisipela. Ya en tiempo de Thevenin se empleaban los vejigatorios, pero se colocaban lejos de la parte enferma: Petit de Lyon por el contrario los ponia sobre la misma superficie inflamada.»

»Sea de esto lo que quiera, Dupuytren llamó á principios de este siglo la atencion de los prácticos sobre esta medicacion, que yacia en el olvido, y desde entonces fue cuando empezaron á observarse detenidamente sus efectos.

»Varia la opinion de los autores relativamente á los casos en que se hallan indicados los vejigatorios y á la manera de aplicarlos: unos los colocan en las inmediaciones de la parte afectada; otros, como Alibert, Delpech, etc., sobre el mismo punto; y Lawrence aplica parte en la piel sana y parte en la enferma. (*Clinique des hôpit. et de la ville*, t. I, p. 4). Segun Conté no deben permanecer mas que una ó dos horas, segun la sensibilidad de la piel: «pueden volverse á aplicar, dice este médico, en todos los casos en que parezca renovarse la erupcion; pero cuando los vejigatorios permanecen mas de dos horas, no hacen otra cosa que aumentar el mal en lugar de contenerlo.» Dupuytren dice que los vejigatorios volantes son insuficientes á veces, y que entonces es preciso

establecer una separacion permanente. (*Leçons orales*, t. II, p. 485).

»Muchos médicos han querido generalizar el uso de los vejigatorios. «Entre todos los medios empleados hasta el dia contra la erisipela, dice Conté, el mas eficaz es el vejigatorio, pues detiene constantemente el curso de la enfermedad.» Herrera (*Journ. compl.* t. X, p. 148) opina que conviene sobre todo este medio en los casos en que la enfermedad se manifiesta en individuos de temperamento linfático, con superabundancia de humores, cuando la erisipela camina con lentitud y no va acompañada de erupcion vesicular. Dupuytren lo usaba especialmente en la erisipela flemonosa. Cazenave y Schedel se espresan del siguiente modo: «Solo deben emplearse los vejigatorios para fijar la erisipela ambulante, ó bien para atraer el exantema á la parte primitivamente afectada, cuando ha desaparecido de pronto coincidiendo semejante metastasis con accidentes mas ó menos graves» (*loc. cit.*, p. 29).

»El doctor Green dice que en muchos casos de erisipela ha obtenido muy buenos resultados de una fuerte revulsion, producida en toda la superficie del cuerpo con fumigaciones sulfurosas.

»5.° *Método ectrótico.*—Proponiéndose John Higginbottom hacer abortar la erisipela antes de su completo desarrollo, intentó para este objeto cauterizar toda la superficie exantemática con el nitrato de plata, y vió detenerse inmediatamente á beneficio de tal cauterizacion, el curso y los progresos de la flegmasia; habiéndole producido este medio buenos efectos en muchos casos de erisipela, asi traumática como de causa interna (*Journ des progres*, t. VI, p. 266; 1827). Algunos médicos han esperimentado despues este método, y Tanchou dice de él: «Acostumbro servirme del nitrato de plata en todas las inflamaciones de la piel, cualquiera que sea su causa é intension, y consigo las mayores ventajas, particularmente en la erisipela; barnizo toda la superficie inflamada con el nitrato de plata disuelto ó fundido, y por lo comun antes que se concluya la operacion cede la flegmasia en los primeros puntos que se tocaron con el cáustico: toda la superficie enferma se pone pálida y desaparecen los fenómenos flegmásicos, no quedando mas que una areola rosada que rodea la costra negruzca producida por la cauterizacion. Esta costra se cae bien pronto; la areola se disipa al cabo de algunos dias, y el paciente se halla curado en una época en que, si se hubiera combatido la enfermedad por los medios ordinarios, apenas hubiera recorrido su primer período» (*Lancette franç.*, 1831, t. V, p. 120). A pesar de semejantes aserciones, se necesitan nuevos hechos para establecer el valor de un método que puede ser bastante peligroso.

»Otros médicos han limitado el uso de la cauterizacion á los casos de erisipela ambulante: pero ya nos esplicaremos mas adelante sobre este nuevo método de emplear el nitrato de plata.

»6.° *Método evacuante.*—El emético, particularmente recomendado por Stoll en el tratamiento de la erisipela, se ha esperimentado por gran número de médicos, que no todos estan acordes acerca de su valor. Chrestien (*Gazette médic.*, 1833, t. I, p. 554) lo usa en todos los casos de erisipela que se le presentan, y siempre con buenos resultados. Rayer lo ha visto producir buenos efectos, determinase ó no evacuaciones biliosas; pero cree sin embargo, que la sangria es generalmente preferible y puede usarse en muchos mas casos que el tártaro estibiado (loc. cit., p. 160). Ya hemos dicho que no participamos nosotros de semejante opinion. Chomel y Blache dicen que no siempre conviene recurrir á los vomitivos, aun cuando la erisipela vaya acompañada de síntomas biliosos: «Hemos observado muchas veces, añaden estos autores, que eran mas útiles en tales circunstancias una dieta severa y las bebidas diluentes» (loc. cit., p. 239). Algunos médicos ingleses, entre los cuales se hallan Graves y Lawrence, administran interiormente los calomelanos; pero los purgantes por sí solos no pueden constituir un método general de tratamiento.

»7.° *Método mercurial.* — La aplicacion del ungüento mercurial en la superficie erisipelatosa, usada ya desde muy antiguo en los Estados Unidos, se ha esperimentado en Francia por considerable número de médicos. Velpeau no ha obtenido grandes ventajas de las *fricciones*, practicadas mañana y tarde en la superficie erisipelatosa ó en su base con dos dracmas de ungüento mercurial doble; pero Gueroult (*Bull. de therap.* t. VII, p. 277) ha curado muchas erisipelas, cubriéndolas con esta misma preparacion estendida en papel de estraza y renovando la cura cada tres horas, de modo que se consuman dos onzas de ungüento en cuarenta y ocho horas. Chomel y Blache opinan, que la mayor parte de las curaciones que se atribuyen á la accion del ungüento mercurial, se deben al curso natural de la erisipela; pues en todos los ensayos que han hecho, les ha parecido impotente este remedio para detener los progresos de la enfermedad» (*loc. cit.*, p. 237); de la misma opinion es tambien Rayer (*loc. cit.*, p. 161).

»Ricord ha usado el ungüento mercurial gran número de veces, y lo considera como uno de los remedios mas eficaces que pueden oponerse á la erisipela, cualesquiera que sean la naturaleza, causas y complicaciones de la enfermedad y la época en que se la observe; en una palabra, no lo halla *contraindicado en ningun caso* (*Lancette franç.* t. V, p. 109; 1831). Este médico cubre desde luego toda la superficie erisipelatosa con una capa de ungüento mercurial doble, estendido por *simple untura*, en cantidad suficiente para ocultar el color de la parte enferma y esceder de sus límites: rara vez

es preciso emplear mas de seis unturas, pues comunmente bastan dos ó tres. Se conoce que la enfermedad se alivia en las arrugas que forma el epidermis: Ricord, Cas. Broussais (*Lancette franç.* t. 5, p. 273), Marloy (*Lanc. franç.* t. VII, p. 27), y Vernois (*Lancette franç.* t. VII, p. 163), refieren algunas observaciones en apoyo de la eficacia de este método: entre ciento diez y seis casos de erisipela, dice el primero de estos autores, solo se me han desgraciado dos enfermos; pero añade: no todos los cirujanos han obtenido iguales resultados, cuya diferencia solo puede esplicarse suponiendo:

»1.º Que algunas veces se han hecho fricciones en lugar de unturas;

»2.º Que se habrá empleado ungüento rancio; el cual si bien puede ser útil en algunos casos, en general irrita la piel y es bastante por sí solo para producir una erisipela eczematosa;

»3.º Que se ha abandonado demasiado pronto el tratamiento;

»4.º Que por estar mal dirigido, ha determinado la salivacion antes de destruir la erisipela;

»5.º Que los casos en que este método ha sido ineficaz, han podido serlo de erisipelas ambulantes ó erráticas, en que no se haya seguido á la enfermedad en los nuevos puntos donde se fuera manifestando;

»6.º Que no se han tratado convenientemente las complicaciones.

»Aunque nuestra observacion personal no sea favorable al método de las *unturas* mercuriales, nos abstendremos de juzgar su valor, esperando á que se hagan nuevos esperimentos, segun los preceptos establecidos por Ricord. Diremos sin embargo, que hemos visto prácticos que llenos de confianza en este remedio, han descuidado las demas indicaciones que presentaba la enfermedad, perdiendo asi un tiempo precioso. Los numerosos desaciertos de que hemos sido testigos han recaido especialmente en erisipelas complicadas con un estado tifoideo y bilioso, ó que tenian cierta tendencia á tomar el caracter flemonoso. Tambien debemos recordar al lector la facilidad de que sobrevengan salivaciones peligrosas, como las que han observado frecuentemente Reed, Dowel y la mayor parte de los médicos que han usado el ungüento mercurial.

»El doctor Schott (J. Copland, *loc. cit.*, página 825), alaba mucho las lociones hechas en la superficie erisipelatosa con una disolucion de deutocloruro de mercurio, en la proporcion de un grano por onza de agua.

»8.º *Método tónico.*—Selle, que miraba la erisipela como una especie de fiebre pútrida, la combatia asociando á los evacuantes la quina, el vino y los tónicos. Cullen, Stoll y Travers han conseguido buenos efectos de este tratamiento, que Lawrence proscribe demasiado esclusivamente, diciendo que no puede convenir en ningun caso. Si bien es incontestable que la medicacion tónica no puede oponerse á la erisipela de una manera general, debe no obstante reconocerse que es muy útil en algunas circunstancias, que no tardaremos mucho en determinar.

»9.º *Método compresivo.*—La compresion que es «un medio capaz de moderar el aflujo de la sangre hácia una parte» (*Dict. de mat. méd. et de ther.*, t. II, p. 376), puede considerarse como un verdadero antiflogístico; y el doctor Meigs, apoyándose en que los vasos sanguíneos de una region inflamada estan privados de su contractilidad ordinaria, opina que el mejor medio de curar las flegmasias consistiria en hacer una compresion mas ó menos enérgica sobre los vasos (*Ann. méd. chirurg.*, 1828, p. 291). Estas ideas se han aplicado por muchos médicos al tratamiento de la erisipela; y nosotros hemos visto á Jobert de Lamballe en el hospital de S. Luis hacer que abortasen erisipelas muy estensas de los miembros á beneficio de la compresion practicada con vendas préviamente empapadas en albúmina; la cual formaba despues de seca una especie de aparato inamovible, ejerciendo asi sobre toda la superficie enferma una compresion igual y moderada: al cabo de algunos dias se levantaba el vendage, y muchas veces estaba ya resuelta completamente la inflamacion. Sin embargo, este medio solo conviene en ciertos casos particulares, que luego mencionaremos, indicando de paso los numerosos esperimentos que se han hecho sobre este modo de tratamiento.

»10. *Método divisivo.*—Copland (*loc cit.* p. 830), Hutchison y Lawrence han practicado en la parte inflamada *desde el principio de la erisipela*, incisiones mas ó menos numerosas y profundas, con el fin de prevenir la supuracion, y aseguran haber obtenido muchas veces por este método escelentes resultados. El último de estos autores refiere muchos ejemplos, en que fue seguida de un éxito completo una incision que pasaba por el centro de la parte erisipelada comprendiendo toda su longitud. S. Cooper y Velpeau (*Journ. hebdom.* 1834, t. III, p. 91) encuentran por el contrario graves inconvenientes en este método, que segun ellos favorece muchas veces, en lugar de evitar, el desarrollo del pus ó de la gangrena. Nosotros creemos con estos prácticos, que las incisiones solo estan indicadas en la erisipela flemonosa, y ya hablaremos mas detenidamente acerca del particular.

»Con esto quedan enumeradas las diferentes medicaciones que se han preconizado sucesivamente como métodos generales en el tratamiento de la erisipela. Fácil es conocer que ninguna de ellas merece semejante título, pues bien se comprende que una enfermedad que se presenta con caractéres y grados tan diversos, no puede combatirse ventajosamente en todos los casos por un mismo medio. Trataremos pues ahora de determinar la influencia

que ejercen en la terapéutica las diferentes circunstancias que hemos indicado al describir el cuadro sintomatológico de la enfermedad.

»La primera consideracion que se presenta es relativa al curso de la erisipela: cuando esta no es *fija*, importa mucho oponerse á que se estienda ó cambie de lugar, cualesquiera que sean por lo demas las causas, la naturaleza, el grado y las complicaciones de la inflamacion. Si la erisipela es *errática*, manifestándose sucesivamente en muchas partes del cuerpo mas ó menos distantes entre sí sin recorrer en ninguna de ellas sus períodos naturales, es preciso fijar el exantema en el *último punto* que haya invadido. Para esto se aconseja aplicar en su centro un sinapismo, un vejigatorio, un moxa ó aun el cauterio actual; y aunque estos medios no sean eficaces en todos los casos, no por eso debe descuidarse su aplicacion, siendo sobre todo el hierro candente el que segun nosotros debe preferirse. Cuando la erisipela desaparece de repente sin presentarse en otro punto, y se manifiestan síntomas graves que indican hallarse interesado un órgano interno, es preciso atraer la inflamacion al lugar que ocupaba primitivamente, bien sea la desaparicion del exantema resultado de una metastasis, ó bien de una complicacion: en este caso merecen la preferencia los sinapismos, las fricciones rubefacientes y escitantes.

»Si la erispela es *ambulante* y se estiende de una region á otra, debemos procurar oponernos á que progrese y tratar de circunscribirla. Algunos autores han propuesto con este objeto los medios que acabamos de indicar; pero no creemos que deba recurrirse á ellos en estas circunstancias; pareciéndonos que una cauterizacion profunda hecha con el nitrato de plata fundido en los límites del exantema, parte en la piel sana y parte en la superficie inflamada, y en toda la circunferencia de esta, es seguramente el remedio mas eficaz, y el que está mas exento de inconvenientes Esta práctica le ha sido muchas veces ventajosa á Velpeau. En un caso grave reemplazó Biett con buen éxito el nitrato de plata con el nitrato ácido de mercurio. Algunos médicos prefieren á la cauterizacion unas tiritas vesicantes de ocho á quince líneas de ancho, aplicándolas en los límites de la erisipela; pero sucede con frecuencia, como observa con razon Fouquier (*Lancette franç.*, t. III, p. 276), que lejos de circunscribir el exantema, provocan su estension ó el desarrollo de una nueva flegmasia; cuyo funesto resultado se observa especialmente, cuando se presenta la enfermedad bajo la influencia de una constitucion erisipelatosa.

»Desarrollada una erisipela, deberá combatírsela desde el principio y procurar obtener su resolucion? «Cuando es simple, poco estensa y moderada la reaccion que determina, conviene, dice el doctor Sabatier, abandonar el tratamiento á la naturaleza; pues en este caso la mejor medicina es la espectacion» (*Bull. de the rap.*, t. IV. p. 366). Pero como todas las erisipelas empiezan del mismo modo, y hasta despues de algunos dias no se conoce el curso que seguirá la enfermedad, su caracter, los síntomas y las complicaciones de que puede acompañarse, siendo entonces ya demasiado tarde muchas veces para prevenir los accidentes; no será preferible detenerla á poder ser desde su origen? y á qué tratamiento deberá recurrirse para conseguirlo? En el espacio de tres años, dice Bassereau (*Journ. hebdom.*, t. III, p. 92) hemos observado ochenta y nueve casos de erisipela simple; de los cuales ha tratado nueve Velpeau por el ungüento mercurial, cinco por la manteca pura, doce por los vomitivos y purgantes, diez y ocho por los vejigatorios, catorce por las emisiones sanguíneas, siete por la cauterizacion, dos por las incisiones y veintidos por los emolientes solos, sin que ninguna de estas medicaciones produgera el resultado, no diré de contener completamente el curso de la enfermedad, pero ni aun de modificarlo de una manera apreciable.» Nada tiene de sorprendente este resultado negativo, si dichas medicaciones se han puesto en práctica cada una por separado como métodos generales de tratamiento, con independencia de las indicaciones que hayan podido presentarse segun los casos. Una terapéutica basada en estas indicaciones, que en seguida procuraremos establecer cuidadosamente, nos proporcionará tal vez efectos mas marcados y favorables.

»Cuando se desarrolla una erisipela bajo la influencia de una causa esterna bien apreciable, es claro que debe ante todas cosas removerse esta causa y evitar su reproduccion; asi es que cuando resulte el exantema de un vejigatorio, de un sedal, de la aplicacion de un tópico irritante ó de la presencia de un cuerpo estraño, se detendrá muchas veces su desarrollo dejando de irritar la superficie desnuda, retirando la mecha del sedal, remplazando el tópico irritante con las aplicaciones emolientes y estrayendo los cuerpos estraños.

»¿Convendrá, como opinan muchos autores y particularmente Lawrence, fundados en que por lo comun se mira como inflamatoria la naturaleza de la erisipela, combatirla desde su principio y en casi todos los casos con las emisiones sanguíneas generales ó locales? No lo creemos asi; pues la sangria general no conviene al *principio* de la erisipela, sino cuando aparece el mal con síntomas de una reaccion general muy intensa. En todos los demas casos ha parecido este medio mas perjudicial que útil, y nunca olvidaremos que de un número considerable de enfermos que padecian erisipela de la cara, observados por uno de nosotros en la práctica de Emery en el hospital de San Luis, solamente sucumbió uno, precisamente el único que se habia sometido á las evacuaciones sanguíneas. Las sangrias locales,

ora se practiquen en la misma superficie inflamada, ora en sus inmediaciones, o como quiere Blandin, entre aquella y los ganglios linfáticos inmediatos (*Journ des conn. méd.-chir.*, t. V, página 10), no son tampoco mas fovorables, y solo convienen en ciertas erisipelas traumáticas, ó cuando ha provocado la enfermedad una causa esterna irritante.

»Los fomentos emolientes y los baños tibios son los únicos medios que pueden tomarse con ventaja de la medicacion antiflogística, siendo preferibles á las fricciones mercuriales, á la cauterizacion, á los fomentos alcohólicos, á las lociones estibiadas (Caron du Villards, *Bull. de Therap.*, t. XV, p. 361) y á las aplicaciones frias, cuya eficacia en ciertos casos se halla comprobada por algunos hechos, pero que no pueden constituir por sí solos un método general de tratamiento.

»Los eméticos y los purgantes tienen un valor justificado por las observaciones de Stoll, de Desault y de muchos médicos contemporáneos. Son útiles, no solo cuando va acompañada la erisipela de síntomas de infarto gástrico (*erisipela biliosa*), ó se desarrolla bajo la influencia de una constitucion epidémica (Boinet, memoria citada), sino tambien en circunstancias en que no existe indicacion alguna especial que autorice su uso. En la erisipela de la cara, sobre todo en la que reconoce una causa interna, es á nuestro parecer el medio mas seguro para conseguir que aborte la enfermedad, ó por lo menos para abreviar notablemente su duracion, hacer que no pase de los dos primeros grados y evitar las complicaciones. Emery combate con la ipecacuana *todas* las erisipelas de la cara sin escepcion, y este método le ha producido constantemente resultados ventajosos. Se han propuesto diversos modos de administracion: unos prescriben el emético á dosis vomitiva (1 á 2 granos); Desault y Caillard (*Lanc. française*, t. V, p. 278) lo usan en lavativas; Emery administra la ipecacuana á la dosis de 24 granos, repitiendo este medicamento hasta que se detenga el curso de la enfermedad, para lo cual rara vez se necesitan mas de tres tomas: los numerosos hechos de que hemos sido testigos nos hacen preferir este último método. Los purgantes no son en general tan útiles como los eméticos. Sin embargo, si persiste la enfermedad despues de haberse usado estos, se puede prescribir algun minorativo para mantener libre el vientre, como el agua de Sedlitz y el mercurio dulce aconsejado por J. Copland.

»Tales son los medios que pueden usarse para hacer que aborte una erisipela, ó por lo menos para mantenerla en sus dos primeros grados (*eritematoso y flictenoides*): cuando han sido ineficaces, preciso es dejar que siga su curso la enfermedad, observando las formas que reviste y las complicaciones que la acompañan. Desde entonces varia el tratamiento con los síntomas nuevos que se manifiestan, y ya no está en relacion con la naturaleza presunta de la enfermedad.

»Cuando la erisipela se limita á la piel, los accidentes que determina son, como ya hemos dicho, en general no muy graves, y reclaman pocos cuidados: si hay flictenas deberán abrirse para dar salida á la serosidad y evitar que se caiga el epidermis. Si se forman pequeños abscesos en el espesor del dermis, se puede abandonar su abertura á la naturaleza, ó hacer que salga el pus por medio del instrumento cortante: de cualquier modo se verifica muy pronto la cicatrizacion. Cuando á causa de la violencia de la inflamacion ó de la estructura anatómica de la parte afectada, ha sido invadida de gangrena la piel en una estension mas ó menos considerable, debe esperarse la caida de las escaras, ó provocarla si no se verifica con bastante rapidez; empleando despues las curas simples, único tratamiento que reclaman las úlceras que suceden al desprendimiento de las partes mortificadas.

»Cuando la inflamacion se propaga al tegido celular subcutáneo, los accidentes son mas graves, y por lo tanto deben combatirse con una terapéutica mas activa. Esta estension del exantema viene anunciada muchas veces por un edema mas ó menos considerable. Si la infiltracion serosa reconoce por causa la disposicion anatómica de las partes enfermas y no depende de un estado general, deberá combatirse con los tópicos refrigerantes, tónicos y astringentes, procurando activar la secrecion urinaria ó promover las evacuaciones alvinas. Si estos medios son ineficaces y amenaza la supuracion ó la gangrena, que se observa todavia con mas frecuencia, no debe titubearse en practicar punturas ó escarificaciones, bastante numerosas y profundas para dar salida al líquido derramado, cuyo medio, aunque en ciertos casos parece que acelera la mortificacion, no debe sin embargo desecharse, siendo en nuestro concepto muy preferible á los vejigatorios que aconsejan algunos médicos. Los medios que acabamos de indicar se aplican frecuentemente en las erisipelas de los párpados, de las orejas, del escroto, del prepucio y de las partes sexuales de la mujer. Cuando el edema depende de un estado general, y sobreviene en un individuo de edad avanzada, de constitucion enfermiza ó débil, ó bien se manifiesta bajo la influencia de una complicacion, los remedios locales son insuficientes y á veces perjudiciales: débense por lo tanto desechar completamente en el mayor número de casos, ó cuando mas podrá hacerse una ligera compresion en la parte edematosa; recurriendo á una medicacion interna, y prescribiendo los tónicos y los escitantes, á los que pueden asociarse los purgantes y los diuréticos

»Pasemos ya á la erisipela flemonosa, cuyo tratamiento debe esponerse mas por menor, en razon de que varia mucho segun los diferentes períodos de la enfermedad.

»Cuando los síntomas locales y generales que acompañan á la enfermedad sean de tal naturaleza que nos hagan temer la formacion ulterior de pus, todos los esfuerzos del médico deben dirigirse á evitar esta funesta terminacion: los repercusivos y las unturas mercuriales que se han aconsejado con este fin, tienen al parecer poca eficacia; las emisiones sanguíneas deben emplearse con mucha reserva, porque, como dice con razon Lepelletier (tésis citada, p. 160), pocas veces son susceptibles de hacer que aborte completamente la erisipela flemonosa, y aumentan mucho su gravedad en los períodos ulteriores por la debilidad general que ocasionan. De todos modos las sangrias locales son las únicas á que puede recurrirse en ciertos casos escepcionales.

»La aplicacion de un vejigatorio en el centro de la parte inflamada la usó frecuentemente Petit de Lyon, y la recomiendan muchos médicos: «Se coloca, dice Patissier (*Essai sur l'erysipele phlegmoneux*, p. 21), en el centro de la inflamacion un ancho vejigatorio alcanforado, que no debe levantarse hasta que hayan pasado veinticuatro horas, al cabo de cuyo tiempo se separa el epidermis, y se escita la supuracion hasta que se halle la parte completamente desinfartada. Hemos visto tratar por los vejigatorios mas de cuarenta erisipelas flemonosas, y en todas ellas se ha obtenido un éxito completo.» Considerando Delpech que no podia determinarse el centro del mal, ó por mejor decir, que se encontraba en todos los puntos, cubria la estension de la superficie enferma con un vejigatorio: «Si necesario fuese, dice Rigaud (*Bull. de therap.*, t. III, p. 268), se deberia cubrir todo un miembro de compresas untadas de cerato, y espolvoreadas con una mezcla de polvos de cantáridas y alcanfor, pues esta práctica va seguida de los mas felices resultados.» Dupuytren usó con frecuencia este método de tratamiento; pero no obtuvo al parecer las ventajas que suponen algunos de sus discípulos, porque en la obra que ya hemos citado se lee lo siguiente: «Cuando los síntomas persisten y se aumentan, no nos atrevemos á aconsejar los vejigatorios, pues hemos obtenido de ellos efectos tan diversos, que temeriamos aplicarlos.... No sin motivo insistimos en este punto, porque se han exagerado mucho en varias tésis y obras los buenos resultados que de ellos hemos conseguido» (*Leçons orales*, p. 321). Por nuestra parte no aconsejaremos un tratamiento que jamás hemos visto impidiera la supuracion; no obstante cuando la erisipela va acompañada de dolores sumamente vivos, se calman muchas veces por los vejigatorios ó aun desaparecen completamente, y con este objeto puede ser útil su aplicacion. En la erisipela que ocupa la region parotidea se presenta con mucha frecuencia tal indicacion.

»La compresion se considera por gran número de médicos como el mejor medio que puede oponerse á la erisipela flemonosa: usada al principio por Bretonneau y Velpeau, se ha esperimentado despues por la mayor parte de los cirujanos; algunos la han alabado mucho (Le Guen Kerneison; *Journ. des conn. médico-chir.*, t. III, p. 11; Guerin, *Arch. gén. de méd.* primer per., t. XV, p. 27). Este medio, dice Velpeau, es uno de los mas eficaces que pueden oponerse á las inflamaciones agudas de los miembros en general; es aplicable en todos los casos sin distincion, cuando la flegmasia se limita al tejido subcutáneo y á los tegumentos, estendiéndose á manera de capas en vez de reunirse en masas y formar núcleos flemonosos: con él se contienen las erisipelas simples y las gangrenosas (*Mem. sur l'emploi du bandag. compresif dans le traitement de l'erysipele phlegmoneux* en *Arch. gén. de méd.*, t. XI, 1.ra série, p. 192). Sin negar que la compresion hecha desde el principio de la enfermedad, puede en algunos casos producir buenos resultados y evitar la formacion del pus, diremos que su aplicacion exige suma prudencia; cuando se egerce su accion con desigualdad, ó bien es demasiado fuerte; cuando recae en un enfermo debilitado, de constitucion enfermiza, y en partes blandas de poco grosor, situadas encima de superficies huesosas, produce muchas veces accidentes funestos y una gangrena mas ó menos estensa. Por último hay ciertas partes del cuerpo en las que no puede aplicarse este medio, y casi no puede usarse mas que en los miembros. Velpeau, á quien han querido algunos presentar como el apóstol de este método, ha conocido perfectamente los inconvenientes que puede tener. «La compresion, dice este cirujano, ofrece tambien sus peligros. No se crea que hayamos tratado de convertirla en remedio universal que reemplace á todos los demas; pues creemos por el contrario que es muy perjudicial en una multitud de casos que fácilmente se dejan conocer.» (*Annuaire médico-chir*, 1827, p. 360).

»Para hacer la compresion, se cubre primero la parte enferma de compresas empapadas en aguardiente alcanforado, en agua vegeto-mineral, ó en un cocimiento de sauco ó malvavisco, y despues se la rodea con vueltas de venda, moderada y sobre todo igualmente apretadas, empezando por encima de la erisipela y continuando por debajo de ella en la estension de 3 á 4 pulgadas. En los miembros es preferible que llegue hasta sus estremidades.

»Por último, en ciertos casos y principalmente en las erisipelas traumáticas, cuando la tumefaccion es muy considerable, estan los tejidos infartados de gran cantidad de líquidos, ó existe una estrangulacion, pueden ser útiles los desbridamientos y las incisiones profundas, aun antes que se haya formado el pus; pues de este modo se evita la denudacion de los tejidos, los senos purulentos y todos los demas accidentes graves que pueden acompañar á la erisipela flemonosa: nosotros hemos vis-

to á Jobert de Lamballe aplicar con buen éxito este método en las erisipelas de la piel del cráneo.

»En una época mas adelantada del mal (4.° y 5.° período), cuando empieza á desarrollarse el pus, no pueden usarse ya los medios que acabamos de indicar, y es preciso satisfacer otras indicaciones. Sin embargo, tambien en este caso se ha propuesto la compresion: «Cuando se sospeche la existencia de la supuracion en algunos puntos, dice Leguen Kerneison (loc. cit., p. 15), y aunque se sepa con certeza, con tal que el pus no se haya reunido todavia en focos, deberá emplearse la compresion como si no existiera semejante supuracion.» Por nuestra parte no podemos admitir este modo de pensar, y creemos con Boyer (loc. cit., p. 21), que es preciso en todos los casos «al momento que se perciba la fluctuacion ó tan solo una pastosidad purulenta» practicar numerosas incisiones estensas y profundas; pues dando asi desde el principio una salida fácil al pus, se evitan las supuraciones abundantes, los senos y la denudacion de los tejidos, que acarrean desórdenes locales y generales que las mas veces determinan la demacracion y el marasmo, y por último llevan al sepulcro á los enfermos. No podemos entrar aqui en todos los pormenores de un tratamiento que pertenece al dominio de la cirugia, por cuya razon solo diremos que es preciso: 1.° evitar por medio de incisiones, punturas, contra-aberturas y curas metódicas, la estancacion del pus, su reunion en senos, y que se introduzca en las articulaciones ó en órganos importantes; 2.° dividir las aponeurosis que producen la estrangulacion ó se oponen al libre curso del pus; 3.° sostener las fuerzas del enfermo debilitadas por las grandes supuraciones que produce la erisipela flemonosa, con un tratamiento tónico interno; y 4.° favorecer la cicatrizacion de las partes con curas metódicas, con la compresion, con inyecciones tónicas y cáusticos.

»La erisipela complicada con un infarto gástrico (*erisipela biliosa*) no reclama ningun tratamiento local, á menos que no se haga edematosa, flemonosa ó gangrenosa: los vomitivos y los purgantes son entonces los únicos medios á que debe recurrirse.

»La que va complicada con un estado general grave (*erisipela asténica, adinámica, atáxica, maligna y gangrenosa*), presenta indicaciones relativas á la afeccion principal, y otras que lo son al exantema, siendo de estas últimas únicamente de las que debemos ocuparnos. La gangrena es en este caso una terminacion casi constante. Cuando solo interesa el dermis, y no va acompañada de la supuracion del tejido celular, debe acelerarse la caida de las escaras; escindir las porciones de piel que se hayan mortificado; curar las úlceras consecutivas, cuya cicatrizacion es muy dificil á veces conseguir (*erisipela ulcerosa*), con los cocimientos aromáticos, polvos de quina y agua clorurada, sostener las fuerzas por medio de los tónicos, y prevenir ó contener los fenómenos de reabsorcion gangrenosa. Cuando se manifiesta la gangrena en una erisipela flemonosa, é invade el tejido celular, son tambien las mismas las indicaciones generales que conviene satisfacer: pero entonces es especialmente cuando importa mucho dar al pus libre salida, evitar su estancacion, escindir los tejidos mortificados y combatir los accidentes que acarrea una supuracion abundante. En los casos en que la gangrena invade las partes profundas y va progresando incesantemente, podrá intentarse contenerla por medio de inyecciones tónicas (Morand, *Des injections toniques comme moyen d'arrêter la gangrène qui succéde à l'erysipèle phlegmoneux*; en *Journ. des conn. médico chir.*, t. III, p. 497). No podemos detenernos aqui á formular todas las indicaciones que resultan de las diversas enfermedades que complican muchas veces esta forma grave de la erisipela.

»La que está complicada con una lesion de continuidad (*erisipela traumática*), presenta diferentes indicaciones terapéuticas segun las circunstancias en que se manifieste. Cuando es ocasionada por la naturaleza de la herida (*herida irregular, contusa, presencia de un cuerpo estraño ó una estrangulacion*), el tratamiento debe ser casi esclusivamente local: la aplicacion de sanguijuelas, de tópicos emolientes, las incisiones y los desbridamientos convenientemente practicados, detienen muchas veces el curso de la enfermedad. Si la erisipela se presenta en una herida bajo una influencia epidémica, por simple y regular que sea la solucion de continuidad, el tratamiento local es á veces perjudicial, y en todos los casos inútil é insuficiente; pues cada picadura de sanguijuela y hasta la aplicacion de una cataplasma, se convierten en nueva causa de inflamacion erisipelatosa: solo podrán usarse en algunos casos los fomentos emolientes ó refrigerantes. En tales circunstancias los cuidados higiénicos ocupan el primer lugar: conviene que los enfermos habiten en lugares bien ventilados, secos y de una temperatura igual y moderada; que guarden un régimen suave, y que sus vestidos, lo mismo que los medios de apósito que han de servir en las curas, esten perfectamente limpios. Entonces es cuando obran los laxantes con mas eficacia, y todos los cirujanos han observado los buenos efectos que se obtienen de la administracion del tártaro estibiado en forma de lavativa. La erisipela intermitente ó periódica debe combatirse con los baños tibios, los purgantes suaves y el régimen, á no ser que el conocimiento de los síntomas, de las causas, y de los fenómenos que la hayan precedido, obligue al médico á respetar la enfermedad: escusado es decir que se procurará sobre todo sustraer el paciente á las influencias que se crea deben favorecer ó determinar la reproduccion del exantema.

»Indiquemos rápidamente algunas conside-

raciones especiales relativamente al sitio del mal.

»Cuando la erisipela de la cabeza, que rara vez escede de los dos primeros grados, reconoce una causa interna, puede tratarse con ventaja, como ya hemos dicho, por medio de los eméticos. Cuando es traumática, por el contrario, casi siempre se propaga la inflamacion al tejido celular, cualquiera que sea el tratamiento que se haya empleado al principio. En todos estos casos, siempre que se manifieste un edema considerable, no debe titubearse en dar salida á la serosidad infiltrada, por medio de escarificaciones, para evitar el desarrollo de la gangrena, que á veces invade con mucha rapidez los párpados y las orejas. Si no se ha podido evitar la supuracion, conviene apresurarse á practicar incisiones de suficiente estension para dar al pus libre salida. Cuando la erisipela de la cara ó de la piel del cráneo, dice Piorry, es moderada, y no se estiende hácia la órbita ni á los párpados, hallándose por otra parte exenta de complicaciones, se deberá estar á la espectativa. Pero si empieza en las inmediaciones de las vias lagrimales, aunque sea poca su gravedad, es preciso combatirla enérgicamente. Cuando los párpados estan muy tumefactos y amenazan pasar á la supuracion, es ventajoso practicar escarificaciones en direccion transversal, paralelas á sus pliegues, para evitar asi las colecciones purulentas. En los casos en que el globo del ojo forme una prominencia por ligera que sea, conviene si el estado de las fuerzas lo permite, recurrir á las sangrias generales abundantes, á las aplicaciones de sanguijuelas y á los derivativos enérgicos. Si dicho órgano estuviera muy prominente, pudiéndose racionalmente suponer que se habia infiltrado el pus en su parte posterior, deberia hacerse una seccion profunda de las partes blandas que cubren el suelo de la órbita, valiéndose despues de un estilete obtuso para buscar el foco purulento (mem. cit.). No deben descuidarse estos consejos, que estan apoyados en varios hechos interesantes; sin embargo, advertiremos que las sangrias no tienen la eficacia que parece atribuirles Piorry. Tambien es preciso, antes de decidirse á dividir profundamente las partes blandas de la órbita, que se compruebe de un modo manifiesto la presencia del pus, pues una simple presuncion no nos autoriza de modo alguno á practicar una operacion cuyas consecuencias pueden ser muy fatales.

»Las colecciones purulentas que suceden muchas veces á la erisipela de los pechos, deben abrirse sin tardanza.

»La erisipela del tronco rara vez es flemonosa, pero si con mucha frecuencia ambulante ó erratica. En los casos en que se hace dificil de fijar, se podrán obtener buenos efectos de los baños tibios prolongados, de los laxantes y fomentos emolientes. Cuando no es mas que una complicacion ó un epifenómeno de otra enfermedad anterior á su desarrollo, como frecuentemente sucede, esta es sobre todo la que debe combatirse. En la erisipela de los órganos genitales es conveniente, como en la que ocupa los párpados, evitar por medio de escarificaciones la gangrena, que produce muchas veces una acumulacion considerable de serosidad infiltrada en el tejido celular.

»A la erisipela de los miembros se aplica especialmente cuanto hemos dicho de una manera general sobre los medios de combatir las formas flemonosa y traumática de la afeccion, que en ellos es donde se encuentran mas ordinariamente.

»Billard aconseja tratar la erisipela de los recien nacidos con aplicaciones emolientes, la administracion de bebidas mucilaginosas y poco nutritivas, y con ligeras escarificaciones: «es preciso tambien, dice este autor, apartar las causas esternas capaces de producir ó sostener la irritacion de la piel, tales como el contacto de las materias alvinas, de los pañales demasiado calientes ó duros, y la aplicacion de vestidos muy estrechos ó apretados.» Dewees aconseja los vejigatorios; Physick las unturas mercuriales; Schott las lociones con una disolucion de sublimado corrosivo (R. *de deutocloruro de mercurio 1 grano*; *agua destilada 1 onza*), y Meigs el linimento de Kentish; pero desgraciadamente ninguno de estos diferentes medios ha tenido una eficacia bastantemente comprobada. «Las observaciones de Baron, dicen Chomel y Blache (art. cit.), le han demostrado la impotencia de los remedios en esta terrible enfermedad; si en algunos casos fue feliz la terminacion, nuestro ilustre compañero lo atribuye mas bien que al tratamiento empleado, á la benignidad inusitada del mal.»

»La erisipela de los viejos debe llamar la atencion por la debilidad general y local de que comunmente va acompañada. «Un régimen sustancioso, todas las condiciones higiénicas que sirven para sostener las fuerzas, la quina, los ferruginosos, el alcanfor y el vino generoso, forman los elementos principales de la terapéutica general; y los refrigerantes alcohólicos, los astringentes, los tónicos, y sobre todo una compresion bien dirigida, pueden llenar las indicaciones esenciales del tratamiento local» (Lepelletier, tés. cit., p. 261).

»La profilaxis de la erisipela es muy simple; pues consiste únicamente en sustraer á los individuos de toda causa de irritacion cutánea. Ya hemos dicho cuánto importa satisfacer esta indicacion durante las constituciones erisipelatosas, en el curso de las heridas, en los enfermos atacados de afecciones de la piel y en los recien nacidos. Hay erisipelas que convenga respetar? Nosotros respondemos por la afirmativa; pues aunque la existencia de *erisipelas críticas* y de *metastasis erisipelatosas* esté lejos de hallarse demostrada, seria por lo menos imprudente, á nuestro parecer, hacer que abortasen á beneficio de los repercusivos, los refrigerantes y demas medios, las erisipelas que

se manifiestan en el curso de ciertas fiebres, y las que tienen un curso intermitente ó periódico. Lorry habla de dos hombres de constitucion endeble, y propensos á contraer toda especie de enfermedades, que habiendo sido atacados de una erisipela periódica, disfrutaron despues de una salud á toda prueba, no obstante los progresos de la edad. «La erisipela, dicen Chomel y Blache, es entonces una enfermedad saludable, y á pesar de los inconvenientes que se atribuyen á su reproduccion mas ó menos frecuente, debe el médico guardarse bien de tratar de combatirla.» Convendrá en algunos casos provocar el desarrollo de la erisipela? Ya hemos dicho que algunas veces es útil atraer al sitio que antes ocupara, una erisipela que ha desaparecido repentinamente; y cuando por no manifestarse una erisipela *periódica* en su época habitual, sobrevinieran accidentes mas ó menos graves, estaria igualmente indicado provocar la aparicion del exantema donde acostumbrara presentarse. Por último, algunas enfermedades crónicas de la piel pueden modificarse ventajosamente con el desarrollo de una erisipela provocada; pero los accidentes imprevistos que esta suele determinar, y la incertidumbre de su utilidad, deben hacer al médico muy circunspecto.

»Naturaleza y asiento.—Muy diferentes opiniones se han emitido sobre la naturaleza de la erisipela. Sin hablar de Galeno, que la atribuia á una *fluxion de bilis amarilla enardecida* (*ρευματος χολωδευς χρατησαντος. De tumorib. præter nat.*, cap. IX); de Van-Helmont, que veia en ella un *apostema de fuego en medio del cual ardia un espíritu vital irritado*; y de Burserius, que llama á la causa inmediata de la enfermedad «*Humor tenuis, calidus, acer, intus utcunque genitus, et primum nervosum genus deinde cor arteriasque repente percellens*» (Inst., lib. II, §. 24); tenemos á Stiebel que atribuye la erisipela á una congestion nerviosa (*Kleine Beitrage Zur Heilwiss.*, Francf., 1823); y á Wedekind que la refiere á la presencia en el estómago de una materia grasa corrompida, separada de la sangre por la respiracion, y tragada despues con la saliva (Naumann, loc. cit., p. 271). Henke (*Handbuch der Kinderkrankh.*, t. I, §. 206), y Hemmer (*Neues Jarhrb. der deutschen Med. und Chir.*, bd. VII, §. 3), dicen que la erisipela, la ictericia y el endurecimiento del tejido celular de los recien nacidos, deben considerarse como afecciones de una misma naturaleza, y como grados diferentes de una sola enfermedad. Weatheread mira la erisipela como un exantema contagioso, una enfermedad *sui generis*, esencialmente distinta del eritema y del flemon difuso, y que reconoce por causa una disposicion particular (*Journ. complement. du dict. des sc. méd.*, t. XIV, p. 171); Macfarlane no puede ver una enfermedad *inflamatoria* en la erisipela (*Journ. des conn. méd.-chir.*), que Lawrence (loc. cit.) y Arnott (*London méd.-chir. review*, julio, 1834) asemejan por el contrario al flemon. La inmensa mayoria de los autores consideran á la erisipela como una *flegmasia*, cuya opinion se halla en verdad harto justificada, teniendo en cuenta los principales síntomas de la enfermedad (dolor, calor, rubicundez y tumefaccion), las causas que frecuentemente la determinan (agentes irritantes directos), el curso rápido que sigue, y sus terminaciones (resolucion, supuracion y gangrena). Pero ¿es simple esta inflamacion? ¿no ofrece nada de especial? Preciso es admitir que tiene algun carácter particular, cuando vemos que resiste casi siempre al tratamiento antiflogístico, y hasta se agrava bajo su influencia; cuando la vemos desarrollarse tan á menudo por la accion de una causa interna inapreciable, y complicar una enfermedad general, de la que no es entonces, por decirlo asi, mas que un síntoma. Lepelletier (tésis citada, p. 31), cuya opinion siguen la mayor parte de los dermatólogos, se espresa del modo siguiente: «La naturaleza de la erisipela, considerada de una manera general, nos parece participar de las que corresponden á la *inflamacion* y al *exantema*.» Sin negar que bajo algunos aspectos puede en efecto comprenderse la erisipela entre los exantemas, es preciso reconocer que la separan de ellos diferencias esenciales: los exantemas (sarampion, escarlatina) jamás se desarrollan bajo la influencia de una causa local esterna; ocupan toda la superficie del cuerpo sin limitarse nunca á un punto circunscrito; sus terminaciones son enteramente distintas y no afectan *por lo comun* mas que una sola vez á un mismo individuo en toda la vida, etc. En resumen, debe decirse con Chomel y Blache, que en el estado actual de la ciencia es imposible determinar, si la erisipela es una inflamacion; y en la afirmativa, si esta es simple ó específica. La observacion de los hechos nos inclina sin embargo á admitir, que puede ofrecer, segun las circunstancias, uno ú otro de estos caractéres.

»Admitiendo la naturaleza inflamatoria de la erisipela, ¿se podrá determinar el asiento primitivo de esta flegmasia, el elemento anatómico en que se desarrolla? Sin hablar de los que la refieren al sistema venoso ó linfático y de los que creen que puede encontrarse en las membranas mucosas y serosas, y aun en las vísceras, sobre cuya opinion nos hemos esplicado ya; aun vemos que unos designan el dermis como sitio esclusivo de esta enfermedad; mientras que otros la colocan, ora en esta cubierta tegumentaria, ora en el tejido celular, ora en ambas partes á la vez. Ya hemos dicho que para nosotros el dermis es el asiento primitivo y esclusivo de la erisipela, y que la inflamacion no se propaga jamás á los tejidos subyacentes sino de un modo consecutivo.

»Tal vez, dice Lepelletier (ob. cit., p. 34), no se han fijado todavia con bastante esactitud los elementos de la cubierta dermoidea, hácia los cuales parece tener esta flegmasia particular prediccion.

»En la erisipela del grado mas superficial, afecta la inflamacion á nuestro modo de ver la capa vascular, superficial y sub-epidérmica, considerada por unos como una red de vasos linfáticos, por otros de vasos capilares, y por varios, en fin, como formada de conductos sudoríficos, exhalantes, etc.: en los grados mas intensos se propaga la inflamacion á la capa profunda de la misma red, al corion; y por último al tejido celular sub-cutáneo, cuando adquiere el caracter de la erisipela flegmonosa. El cuerpo mucoso de Malpigio no se halla especialmente afectado, pues no se altera este pigmentum, como sucede en la vacuna, en las viruelas, etc.; los pelotones celulosos y vasculares que atraviesan las areolas del dermis, no se hallan tampoco interesados como en el divieso y el antrax; y últimamente, el panículo adiposo de la piel nunca parece ser el primer punto de eleccion de la flegmasia erisipelatosa, como se observa en el flemon subcutáneo.»

«Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Despues de Sauvages, que colocaba la erisipela en el número de los vicios (clase I, órden III, *Tumores*), todos los nosógrafos consideran á esta afeccion como una flegmasia de la piel; asi es que Pinel la comprende en el primer órden (*Flegmasias cutáneas*) de su segunda clase (*Flegmasias*), y Andral (*Curso de patologia interna*) en el primer género (*Flegmasias exantemáticas*) del segundo órden (*Flegmasias*), de la primera clase (*Enfermedades de la piel caracterizadas por una lesion de la circulacion*) de la segunda parte (*Enfermedades de los órganos de los sentidos*) de su quinto libro (*Enfermedades de los órganos de la vida de relacion*).

»Todos los dermatólogos, á escepcion de Gibert, que no admite la erisipela entre los exantemas, comprenden esta afeccion en sus cuadros. Alibert la incluye en su primer grupo (*Dermatosis eczematosas*), clasificacion viciosa, puesto que no puede incluirse la erisipela entre las enfermedades cutáneas que estan «*muy poco relacionadas con la disposicion morbosa de los órganos interiores de la vida*»; y Willan en su cuarto órden (*Ampollas*), clasificacion que únicamente puede aplicarse á una sola forma del mal (*erisipela flictenoides*). En fin han colocado la erisipela en el número de los exantemas Cazenave y Schedel (órden 1) y Rayer (sec. 1, *Mal. de la peau*, cap. 1, *Inflam. exantemáticas*). Aunque es cierto, como ya hemos dicho, que son muchas las diferencias esenciales que separan la erisipela de los exantemas propiamente tales; sin embargo, todavia es esta clasificacion la mejor que puede adoptarse en el estado actual de la ciencia.

»Historia y bibliografia.—Hipócrates distingue cuidadosamente la erisipela del eritema (*Prænot.*, cap. XXIII, núm. 9); admite erisipelas internas y viscerales (Ερυσιπελας ἐν τῷ πλεύμονι), y describe con detencion muchas epidemias erisipelatosas (Epidem., lib. III, sect. III, núms. 14-50, lib. VI, sect. VIII, núm. 67-69). Galeno (*Meth. med.*, lib. XIV, cap. 1) dice que la erisipela se desarrolla en la piel, y el flemon en los tejidos subyacentes (ἐν τῷ δέρματι μᾶλλον ἢ ἐν τῷ βάθει). Aecio indica las induraciones que siguen algunas veces á la erisipela (tetrab. IV, serm. II, cap. 59).

»Sydenham (*Opera universa*, cap. VI, página 279), F. Hoffmann (*Opera*, t. II, sect. V) y los nosólogos que les han sucedido, han dado descripciones de la erisipela, que se han reproducido en todos los tratados generales, sin que puedan comprobarse en ellas los progresos sucesivos de la ciencia, siendo preciso llegar hasta nuestra época, para encontrar nociones esactas, que todavia dejan mucho que desear.

»En vano se trataria de buscar en los archivos de la ciencia, aun en la actualidad, una descripcion completa de la erisipela. Las obras consagradas á la patologia interna (Pinel, *Nosol. philosoph.*, Rostan, *Médecine clinique*, José Frank, *Praxeos med.*) tratan de ella muy superficialmente, y los artículos de los diccionarios (Renauldin, *Dict. des sciences méd.*; Chomel y Blache, *Dict. de médecine*; Rayer *Dict. de méd. et de chir. pratiques*) de la Enciclopedia inglesa (*The cyclopedia of pract. med.*) y de James Copland (*A Dictionary of pract. med.*) aunque son mas completos, tienen todavia muchas lagunas. En el que ha escrito Naumann (*Handbuch der medic. Klinik*), falto de órden, de método y de crítica ilustrada, dejan de mencionarse muchas observaciones recientes, y se confunde la erisipela de los recien nacidos con el escleroma. La tésis de Lepelletier (*Des differentes especes d'erysipele, et de leur traitement*; París, 1836) es una laboriosa investigacion bibliográfica, que escusa ó facilita muchas investigaciones, pero no puede servir de ninguna utilidad para el práctico.

»El médico que quisiera poseer una descripcion completa de esta enfermedad, tendria que recojer sus elementos en diversas partes, viéndose obligado á estudiar la erisipela verdadera en las obras de dermatologia (Alibert, *Monographie des dermatoses*, Cazenave y Schedel, *Abregé pratique des maladies de la peau*; Rayer, *Traité theorique et pratique des maladies de la peau*), la flemonosa en los tratados de cirujía (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*; Chelius, *Traité de chirurgie*, trad. de Pigné), y la de los niños en las obras consagradas á las enfermedades de la primera edad (Billard, *Traité des maladies des enfants*, etc.; Underwood, *On diseases of children*; Jörg. *Handbuch der Kinderkrankh*; Heyfelder, *Beobachtungen uber die Kranckh der Neugeborenen*). Aun asi este cuadro formado de varios retazos seria insuficiente; y para ponerse al nivel de los conocimientos de la ciencia, deberia tambien consultar gran número de disertaciones y memorias que tratan de alguna parte de la historia de la erisipela, y entre las cuales indicaremos, reuniéndolas por el órden de materias, los autores siguientes: Thierens (*Diss. de erysipelate*; Leyde, 1790), Gergens

(Diss. de erysip. febrisque erysipelat. causa materiali; Mayence, 1792), Winkel (*Aphorismi de cognoscendo et curando erysipelate*; Erlangen, 1794); Ferne (*Diss. de diversa erysipelatis natura*; Francfort, 1795), Closier (*Diss. sur l'erysip., ses varietés et son traitement*; París, 1809), Kistenmacher (*Diss. de erysipelate*; Halle, 1827), Sourisseau (*Diss. sur la nature et le traitement de l'erys. bilieux*; París, 1813); Terrion (*Essai sur l'erys. dans les fievres adynamiques*; París, 1807), Pourcher (*Diss. sur l'erys. de la face et du cuir chevelu*; París, 1827), Patisier (*Essai sur l'erys. phelgmoneux*, París, 1815), Reddelin (*Ueber die Rose der neugeborenen Kinder*; Lubeck, 1802), y Schmidt (*Dis. quisitio de erys. neonatorum ejusdemque à nonnulis similibus morbis differentia*; Leipsic, 1821). No volveremos á mencionar las diferentes memorias que hemos citado en el discurso de este artículo, y que se encuentran en las publicaciones periódicas francesas y de otros paises.» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, tomo III, p. 454—491).

GENERO SEGUNDO.

Vesículas y ampollas.

CAPITULO I.

Del eczema.

«Etimologia.—La palabra eczema derivada de εκζεω *effervesco*, se ha usado por algunos autores para designar varias inflamaciones de la piel con produccion de flictenas, y Willan la ha aplicado á una especie particular de erupcion vesiculosa.

»Sinonimia.—*Eczema* de los autores griegos y de Willan, Bateman, Rayer y Biett; *hydroa* de Sauvages y Vogel; *cytisma eczema* de Young; *ecphlysis eczema* de Good; *eczesis*, *eczesma*, *eczesmus* de diferentes autores; *herpes squamosus* de Alibert; *hydrargyrie* de Alley; *mercurial lepra*, *mercurial disease*, Moriarty y Mathias.

»Definicion.—Dáse el nombre de eczema á una inflamacion de la piel, caracterizada por la erupcion de pequeñas vesículas, no contagiosas, diseminadas en superficies mas ó menos estensas, acompañadas de una rubicundez superficial, casi siempre confluentes, y que terminan por la reabsorcion del fluido que contienen, por escoriaciones superficiales, y una exhalacion de materia serosa ó sero-purulenta, que se concreta en escamas mas ó menos gruesas, ó últimamente, por una descamacion epidérmica consecutiva.

»Divisiones.—En el discurso de nuestro artículo daremos á conocer las diferentes especies de eczema que se hallan indicadas en los tratados de enfermedades de la piel; pero no empezaremos enumerando todas las formas patológicas que puede presentar el mal, porque esto seria dar lugar á una confusion nociva. Por de pronto seguiremos, como la mayor parte de los autores, el ejemplo de Biett, describiendo:

»1.° *Un eczema agudo*, en el cual comprenderemos tres variedades: A. *el eczema simplex;* B. *el eczema rubrum*, C. *el eczema impetiginodes*; y 2.° *el eczema crónico.* Despues estudiaremos las diversas especies que se han establecido segun el sitio que puede ocupar el eczema: A. *eczema de la piel del cráneo;* B. *de los párpados*; C. *de las orejas*; D. *de la nariz*; E. *de los labios*; F. *de los pezones*; G. *de las partes genitales de la mujer*; H. *del escroto y del pene*; I. *del ano*; J. *de las manos*; K. *de las piernas*; Willan y Bateman dividen el eczema en tres especies: 1.° *eczema solare*; 2.° *eczema impetiginodes*; 3.° *eczema rubrum.*

»Caracteres generales.—Casi constantemente preceden á la erupcion de las vesículas, hormigueo, prurito y una sensacion de calor en las partes que debe ocupar; por lo comun adquiere la piel un color sonrosado, y si por entonces se la examina con una lente de mucho aumento, se ve ya una multitud de puntitos prominentes, que son precisamente las vesículas que empiezan á brotar. Pueden variar los fenómenos locales, como por ejemplo, el prurito, el calor, la rubicundez y el número de vesículas; y en la mayor ó menor intension y estension de estos síntomas, en la profundidad de la inflamacion, en el curso mas ó menos rápido de la erupcion, y en otras particularidades semejantes, se fundan las distinciones del eczema en *simplex*, *rubrum*, *impetiginodes*, etc. Una vez desarrollada completamente la vesícula, se halla formada por una gotita de serosidad diáfana, trasparente, y que luego se enturbia haciéndose lechosa. Cuando no se rompe la vejiguilla, se reabsorve el líquido, y se verifica una ligera descamacion en forma de pedacitos de epidermis foliáceos y blanquecinos; y cuando por el contrario se derrama el líquido al esterior, y es abundante, se concreta formando escamas grisáceas, amarillas ó verdosas, mas ó menos gruesas, y en ocasiones empizarradas, como las diversas partes de la corola de una flor (eczema impetiginodes). A veces dejan en pos de sí una escoriacion que persiste cierto tiempo.

»En los casos en que es poco confluente la erupcion, son casi nulos los fenómenos generales, no observándose mas que desazon, inapetencia, algo de sed, insomnio, calor y un poco de calentura. Pero estos síntomas adquieren mucha intension, agregándoseles una calentura mas fuerte, postracion, etc., cuando se desarrollan numerosas vesículas, y estan los tegumentos rojos é inflamados.

»Puede el eczema invadir toda ó gran parte de la superficie cutánea, afectando preferentemente ciertas partes en que hay muchos folículos, y es muy activa la perspiracion cutánea, como las orejas, la axila, las íngles, el escroto, el ano, la vulva, los pezones, la piel del cráneo, la nariz, los labios los antebrazos

y los muslos. Hasta se estiende por contigüidad á las membranas mucosas, penetrando en la nariz, la vagina, y el conducto auditivo, y se desarrolla en la conjuntiva y el prepucio.

»Poco se sabe todavia acerca del asiento anatómico de las enfermedades de la piel. Biett ha hecho laudables esfuerzos para adelantar este estudio, y no podemos menos de trasladar aquí un pasage de su artículo ECZEMA (*Dict. de méd.*, 2.ª edic., p. 286), en que se ocupa de tan importante cuestion. «El eczema, dice, parece consistir en la inflamacion de la capa superficial del dermis, designada con el nombre de *membrana vascular de Eichorn*, y que segun toda probabilidad desempeña la funcion especial de segregar el epidermis. Al principio se eleva la cutícula en una multitud de puntos, derramándose debajo de ella un líquido trasparente. Cuando se estiende la inflamacion, forma por lo comun una superficie contínua, y entonces es mas activa la secrecion epidérmica; se suceden incesantemente las escamas, ofreciendo diversas formas, y disminuyendo cuando declina la inflamacion, sin que tome el epidermis una consistencia sólida, hasta que se disipan los últimos restos de la accion inflamatoria, y vuelve el dermis á su estado normal.

»Se ha pretendido hace poco tiempo que los folículos sebáceos eran el asiento primitivo del eczema. Pero esta opinion, aunque especiosa, no resiste la prueba de un examen detenido. Por de pronto no parece que los anatómicos que se han ocupado mas particularmente de la estructura de la piel, hayan considerado jamás los folículos sebáceos como órganos secretorios de la cutícula. Gaultier, cuyo escelente trabajo debiera tenerse siempre á la vista, mira estos folículos como anejos del sistema piloso, y la exhalacion untuosa que producen, como destinada á conservar la flexibilidad de la cubierta tegumentaria. Eichorn limita todavia mas los usos de la secrecion sebácea, creyendo que solo sirve para dar á los pelos su aspecto lustroso, y evitar que se enreden entre sí.»

»Blainville, que tanto ha ilustrado la historia anatómica de la piel y de sus anejos, se ha ocupado tambien de la estructura del aparato criptoso. La fanera, que no es mas que una modificacion de la piel destinada á perfeccionarla, ejerce la funcion especial de segregar la materia que constituye los pelos, los cabellos, las uñas, las plumas de los pájaros, etc. Solo difiere de la cripta, en que el producto de la secrecion de esta permanece líquido. Asi, pues, cuando estos folículos se inflamen, se verificará una secrecion mas abundante de un líquido oleoso, que podrá espesarse y acumularse en la cripta, pero sin darle en manera alguna la apariencia de una vesícula. Entonces tendremos la forma del *acne sebácea*, como dice muy bien Biett, y si la inflamacion es mas profunda, pasarán los folículos al estado pustuloso, como en las diversas formas del acne.

«En la hipótesis que propongo, dice Biett, todo se esplica al parecer: cuando la inflamacion vesiculosa es leve, sobreviene despues de abiertas las vesículas denudacion de la capa mas superficial del dermis, y secrecion mas abundante de un epidermis delgado, no contínuo, que forma hojillas mas ó menos estensas. Cuando se hace mas grave esta inflamacion, se encadenan ó se suceden las erupciones con intervalos muy cortos; se activa mas la secrecion epidérmica, y se acumulan las escamas sobre esta superficie inflamada, húmeda y denudada.»

»Los fenómenos patológicos que se observan en las mucosas, ofrecen tambien algunas analogías en favor de la opinion de Biett. El aumento de la secrecion, que empieza suministrando un líquido mucoso abundante que luego se espesa y disminuye, bien puede compararse con la exhalacion que se observa durante el curso del eczema: la materia exhalada es líquida al principio, y mas adelante la reemplaza una secrecion epidérmica, bajo la forma de escamas delgadas, semifluidas, cuya consistencia va en aumento á medida que disminuye la flegmasia y que vuelve la piel á su estado fisiológico.

»No insistiremos mas en estas consideraciones generales, porque de lo contrario nos espondriamos á incurrir en repeticiones, puesto que cuantas particularidades ofrecen los síntomas locales y generales, la duracion y la terminacion del eczema, han de hallar cabida en la descripcion que vamos á hacer.

»1. ECZEMA AGUDO.—A. *Eczema simple.*—Las vesículas son pequeñas y aglomeradas, y se desarrollan sin que se perciba rubicundez manifiesta en los puntos de la piel ocupados por la erupcion. La gotita de serosidad que constituye la vesícula, es trasparente al principio, y sucesivamente se hace opaca, lechosa, y desaparece por reabsorcion; ó se derrama el fluido al esterior, desecándose en el vértice de la vesícula (Rayer, *Traité theorique et pratique des maladies de la peau*; t. I, p. 267, 1826); ó bien se forma un pequeño disco escamoso del diámetro de una cabeza de alfiler: algunas veces vuelven á presentarse nuevas vesículas antes ó despues de la descamacion de la primera erupcion. «Pero en ningun caso, dicen Cazenave y Schedel, dan lugar á esas superficies inflamadas, á esa exhalacion de serosidad, ni á esa renovacion de escamas, que se observan en las demas variedades. No deja en pos de sí vestigio alguno» (*Abregé pratique des mal. de la peau*, p. 91, en 8.º; Paris, 1838).

»Casi no existe ningun síntoma local; no hay rubicundez, y apenas se nota un poco de comezon y algunos fenómenos precursores generales, como calor, fiebre, sed, desazon, cefalalgia y quebrantamiento. La duracion media del eczema simple es de dos á tres septenarios, y sin embargo, puede empezar en primavera y prolongarse hasta el otoño ó hasta el invierno. Casi siempre se limita á una superficie mas ó menos estensa, y ocupa especialmente los antebrazos, los brazos, el dorso de las manos y el

intervalo de los dedos, donde imita bastante bien la sarna. Ataca con preferencia á los jóvenes y á las mujeres, y se desarrolla á menudo á consecuencia de aplicaciones irritantes, ó en las partes que han estado espuestas á la accion de un foco de calor, ó de los rayos solares.

»Bateman ha descrito con el nombre de *eczema solare*, una forma que participa á la vez de los caractéres del eczema simplex y del eczema rubrum. Ataca como el primero las partes habitualmente descubiertas (la cara, el cuello, los antebrazos, el dorso de las manos y los dedos); depende de la accion del aire caliente, ó de la directa del sol, y se manifiesta en las mujeres; pero la erupcion vesiculosa suele ir precedida ó acompañada de hormigueo, calor, mucho escozor, y una tumefaccion tan pronunciada cuando ocupa los dedos, «que desaparece enteramente el color natural de la piel» (Bateman, *Abregé prat. des maladies de la peau*; traducido al francés por Bertrand, pág. 303, en 8.º; 1820). Por último, se presenta un círculo inflamatorio alrededor de las vesículas, que se secan formando escamitas de un color amarillo oscuro, del tamaño de una cabeza de alfiler. Pueden sucederse unas vesículas á otras; por manera que no puede fijarse ni la duracion ni la época de la terminacion de este eczema solar, que sin embargo generalmente no dura mas que tres ó cuatro septenarios.

»B. *Eczema rubrum*.—«Hállase caracterizada esta forma por una inflamacion intensa de la piel, que se pone roja, lustrosa y tumefacta, como en el eritema y en la erisipela. Esperimentan los enfermos en la parte mucho calor, y si se examina con alguna atencion la superficie inflamada, se percibe una multitud de puntitos prominentes, que luego son reemplazados por vesículas del tamaño de una cabeza pequeña de alfiler. Estas vesículas son trasparentes; se hallan rodeadas por una areola inflamatoria, y dos ó tres dias despues de su aparicion se enturbia y pone lechosa la serosidad que contienen. Rayer dice que continúa diáfana hasta el momento en que se rompen las vesículas (ob. cit., p. 268). Del sesto al octavo dia, y á veces antes, se reabsorve el líquido, y se deprimen las vejiguillas, produciendo sus restos una descamacion de corta duracion. «Examinada la erupcion en esta época, todavia presenta caractéres manifiestos: percíbese una superficie de color rojizo (color que persiste hasta algunos dias despues de la curacion), sembrada de puntitos redondos, rodeados esactamente de un cordoncillo blanquecino, irregularmente festoneado, que indica la línea de separacion entre la elevacion del epidermis que formaba la vejiguilla, y la areola que rodeaba su base» (Cazenave y Schedel, *Abregé pratique des mal. de la peau*, p. 92; 1838).

»Cuando el mal se limita á una parte, y no propende á reproducirse la erupcion, suele curarse en dos ó tres septenarios. Mas no sucede asi cuando aparecen muchas vesículas, está muy inflamada la piel, y se forman nuevos grupos á medida que empiezan á descamarse los primeros. Derrámase entonces sobre los tegumentos inflamados un fluido lactescente que los irrita todavia mas, produciendo escoriaciones de las que fluye serosidad con abundancia. Se forman unas hojillas costrosas, delgadas, blandas, húmedas y amarillentas, que luego son remplazadas por escamas mas secas y adherentes. Tarda mucho la piel en volver á adquirir su estado natural: se observan escoriaciones dolorosas y grietas profundas en los pliegues de las articulaciones ó en otros puntos. «La duracion de la escoriacion y del flujo, dice Bateman, cuya descripcion deja muy poco que desear, es indeterminada. Puede terminar la erupcion en diez dias, si solo interesa ciertas partes del cuerpo; pero cuando es general, rara vez se restablece la salud antes de la sesta semana, prolongándose ordinariamente la enfermedad hasta la octava ó la décima» (ob. cit., p. 310). Entonces es cuando se repite la descamacion tres ó cuatro veces; las escamas furfuráceas son mas pequeñas y blancas, y despues de terminado el mal, conserva la piel una especie de aspereza, muy parecida á la que se observa en el psoriasis leve (Bateman).

»A veces se estiende el eczema á las narices y á la boca, donde entonces se desarrollan grietas. Háse dicho que podia interesar el mal cierta estension de las membranas mucosas, y esta asercion nos parece fundada concretándola á las aberturas naturales; pero no creemos que pueda penetrar mas profundamente la erupcion. Uno de nosotros ha tenido muchas ocasiones de practicar autopsias de sugetos que habian sucumbido con eczemas crónicos casi generales, y nunca ha podido descubrir, ni en la faringe ni en ningun otro punto de las mucosas situado á mas profundidad, lesion alguna que tuviese la menor analogia con la erupcion vesiculosa del eczema.

»Tambien debe referirse al eczema rubrum otra forma de la enfermedad que han llamado los autores *eczema mercurial* (*eczema específico*, *mercurial*, *hidrargiria*, *exantema mercurial*, Frank), habiéndole estudiado especialmente Alley, Benjamin Bell, Spens, Moriarty, Pearson, Mullin, Frank y otros (v. la bibliografia). En el artículo ECZEMA de la enciclopedia inglesa (*The cyclop. of pract. medec.*, t. I, p. 680) comprende Joy la descripcion del eczema mercurial en la del eczema rubrum.

»Rayer dice que se desarrolla este eczema en los individuos fuertes y velludos, á quienes se dan fricciones mercuriales sin tomar la precaucion de afeitar préviamente los miembros (ob. cit., p. 275); pero tambien puede sobrevenir en los sugetos á quienes se administre el mercurio interiormente. Joy advierte, que tan fácil es concebir en este caso el desarrollo del eczema mercurial, como el de una gastro-enteritis cuando solo se usa el mercurio esterior-

mente. Crampton cita muchos ejemplos de esta especie (*The cyclop.*, art. cit.).

»El eczema mercurial solo difiere del agudo y del crónico, en que á los demas fenómenos se agregan síntomas generales bastante graves, y una perturbacion notable del sistema nervioso. Se desarrollan las vesículas á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y á veces á las dos ó tres semanas de practicarse las fricciones, en el escroto, en los antebrazos ó en las partes donde se ha aplicado la pomada mercurial: en ocasiones tambien ocupan las vesículas las mismas regiones á consecuencia de la administracion interna del mercurio. Poco á poco se estiende la erupcion, y en ciertos casos llega á ocupar todo el cuerpo; se forman escoriaciones y anchas costras negras; la conjuntiva se inflama y presenta incrustaciones. Al propio tiempo se observan los síntomas siguientes: aceleracion de la circulacion, calor en la piel, dificultad de la respiracion. Cuando progresa el mal, suele presentar la forma adinámica; sobreviene diarrea, ansiedad precordial, disnea, dolores en el pecho, y una espectoracion sanguinolenta procedente de la mucosa de los bronquios; se debilita el pulso, son irregulares sus latidos; á veces se esfacela la piel, y sobreviene la muerte. Benjamin Bell, Pearson, Spens, Moriarty y Alley han visto en muchos sugetos accidentes de esta especie, y Bateman ha observado casos mas leves. Puede durar el mal diez á doce dias ó muchas semanas. Se destruye el epidermis en una grande estension, y la considerable descamacion, que se prolonga algun tiempo, puede hacer creer que existe un psoriasis (Copland, art. ECZEMA, *Dict. of pract. med.*, part. III, p. 747). En la forma mas intensa se caen los cabellos y las uñas, y cuando estas vuelven á salir, se encorvan y presentan singulares alteraciones.

»C. *Eczema impetiginodes.*—En esta forma del eczema agudo es muy graduada la inflamacion, y la acompañan un calor ardiente, una comezon insoportable y una sensacion de tirantez en las partes afectas. Los tegumentos presentan mucha rubicundez y tumefaccion, y numerosos grupos de vesículas, muy próximas entre sí. Cuando estas se abren, se concreta el líquido formando costras amarillentas, blandas y húmedas, de tamaño variable, sobrepuestas á manera de pizarras, y que cuando se caen dejan descubiertas superficies húmedas, turgentes, inflamadas, de las que fluye una serosidad rojiza. Despues se forman nuevas escamas amarillentas, que son remplazadas por otras, y esta renovacion puede durar tres á cuatro septenarios, continuando hasta que terminada la inflamacion recobra la piel su estado natural.

»Mientras que las primeras vesículas recorren de este modo sus períodos, se forman en sus intervalos otras nuevas que perpetuan el mal; de modo que pueden observarse en un mismo sugeto los diversos grados de la inflamacion, sobre todo cuando el eczema impetiginodes remplaza al eczema rubrum. En este caso, á las vesículas trasparentes y llenas de serosidad diáfana suceden otras que tienen un viso amarillo puriforme. Tambien pueden estas vesículas pasar al estado pustuloso, viéndose entonces algunas trasparentes todavia, entre otras que ya estan llenas de un líquido amarillo. La intension de la flegmasia de la porcion de piel afecta es una circunstancia que influye sobremanera en esta sucesion de forma. «Es esto tan cierto, dice Biett, que en un mismo individuo se ven frecuentemente ambas formas; la una en superficies en que es enérgica la inflamacion, y la otra, es decir, vesículas simples, en puntos en que la flegmasia ha presentado menos intension en su principio y en su curso» (art. cit., p. 176).

»Acabamos de ver que el eczema impetiginodes sucede al eczema rubrum; ahora añadiremos que en este tránsito de uno á otro grado, las vesículas trasparentes al principio, se convierten en vésico-pústulas, y no en verdaderas pústulas. Háse dicho que existen diferencias marcadas que no permiten confundir estas vesículas pustulosas con las verdaderas pústulas; pero ya veremos al hablar del diagnóstico, hasta qué punto es fácil de establecer semejante distincion. Cazenave y Schedel consideran al eczema impetiginodes como una erupcion vésico-pustulosa, y no como un eczema complicado con pústulas; pero Rayer cree que es un eczema rubrum complicado con pústulas de impetigo. Copland (art. ECZEMA, *Dict. of pract. med.*, part. III, p. 746) participa tambien de esta opinion, que sin embargo se halla evidentemente en oposicion con lo que se observa en la naturaleza. Efectivamente, vemos en ocasiones que vesículas pequeñas y llenas de un fluido trasparente (eczema rubrum), adquieren mas volumen; se eleva el epidermis en mayor estension, y por último se hace el humor sero-purulento y purulento. Fácil es en este caso percibir la trasformacion de la vesícula en vésico-pústula, á pesar de la opinion de los autores antes citados, que creen que las pústulas se desarrollan al lado de las vesículas. Volveremos á ocuparnos de este asunto al tratar de la etiologia. Ya al esponer nuestras generalidades sobre las enfermedades de la piel, hemos dicho que estas distinciones entre las vesículas, las pústulas y las ampollas, son muchas veces ilusorias, porque no en todos los casos se las puede establecer, en razon de la facilidad con que estas alteraciones se trasforman una en otra durante el curso de las afecciones cutáneas. Sin embargo, preciso es confesar que en ciertos casos se complica el eczema con algunas pústulas de verdadero impetigo, y aun de ectima. Pero los caractéres de estas diversas erupciones son harto diferentes para que se las pueda confundir (Cazenave y Schedel, ob. cit., p. 95).

»El eczema impetiginodes va en ocasiones acompañado de calentura, de bastante sobre-

escitacion, de sed, de cefalalgia, de náuseas, etc.; pero muchas veces apenas existe un ligero movimiento febril. Su duracion es de veinte á treinta dias, pudiendo pasar á un estado crónico, enteramente parecido al que sucede al eczema rubrum. El eczema impetiginodes termina tambien por resolucion, y entonces se disipa en tales términos la inyeccion de los capilares, que al cabo de cierto tiempo no queda resto alguno. Pero cuando los sugetos son de edad avanzada, ó la piel morena y seca y el tejido celular apretado, deja la inflamacion del dermis, que á veces se ha estendido al tejido celular subyacente, un color moreno mas ó menos subido, que puede durar muchos años y aun toda la vida. Las mujeres, los niños, y los sugetos de piel blanca, suave y fina, ofrecen muy raras veces semejante coloracion.

»II. Eczema crónico.—Puede suceder á las tres formas de eczema que acabamos de describir. Irritada de continuo la piel por el líquido procedente de las vesículas que incesantemente se reproducen, presenta una superficie inflamada, de un color rojo vivo, tersa, lustrosa, caliente y que se hace asiento de una comezon insoportable. El humor seroso ó seropurulento fluye de la superficie inflamada del dermis en forma de gotitas ó, por decirlo asi, babeando: á veces es tal su cantidad que los paños que estan en contacto con las partes se impregnan rápidamente, endureciéndose como si estuvieran llenos de engrudo.

»La piel donde reside esta erupcion ofrece en ocasiones una superficie análoga á la de un vejigatorio que supura, observándose en ella algunos puntos mas rojos ó surcos parecidos á profundos arañazos (Biett); pero las mas veces, por el contrario, es poco pronunciada la inflamacion. Alrededor de las articulaciones las vesículas recien rotas se presentan en forma de escoriaciones, de grietas mas ó menos prolongadas ó de manchitas inflamatorias.

»Puede constar la erupcion de vesículas muy confluentes, pero que no se reunen; de suerte que á pesar de la rubicundez subida que suele rodearlas, sea fácil convencerse de que no está denudada la piel. Otras veces, ora se estiendan á toda la cubierta tegumentaria, ora se sucedan rápidamente en un espacio determinado, pueden estar tan próximas unas á otras, que solo se observe una superficie escoriada, cubierta de escamas gruesas, húmedas y amarillentas (*herpes squamosus*, *madidans* de Alibert). Algunos autores han creido que el líquido que se concreta fluye del dermis escoriado, pero no de las vesículas. Es sin duda alguna muy dificil á causa de la rapidez con que se suceden las vejiguillas, del estado de las superficies alteradas y de la presencia de las escamas, percibir las vesículas de nueva formacion; pero Biett dice que se la encuentra, no solamente en los límites de la flegmasia, donde son mas perceptibles, sino tambien en la misma region inflamada, esplicándose la rapidez de su curso y su pronta rotura por la estremada finura del epidermis que cubre tales puntos (art. cit., p. 168). Sin embargo, por nuestra parte, aunque hemos procedido con la mas escrupulosa atencion, nunca hemos podido comprobar la existencia de vesículas de nueva formacion en la superficie inflamada, y la analogía hace creer que la secrecion se verifique por el dermis, como sucede en la piel cuyo epidermis se ha separado mediante la accion de un vejigatorio.

»Importa asimismo estudiar con cuidado la forma de la descamacion, que dá á esta enfermedad una fisonomia muy notable. En los casos en que ha sido poco intensa la erupcion, y la inflamacion cutánea no muy viva, los restos epidérmicos son muy delgados y blanquecinos, y constituyen á veces escamas anchas, adherentes por uno de sus bordes, y levantadas por los demas; ó bien se suspende la exhalacion, formándose escamas secas, blanquecinas, íntimamente unidas á la piel, que se resquebraja y presenta profundas grietas. En algunos casos de eczema crónico general permanece mucho tiempo la piel de un color rojo muy vivo, y cubierta de restos epidérmicos secos y delgados, sin que exista ya especie alguna de exhalacion. «En este estado se parece el eczema esactísimamente á ciertas afecciones escamosas, propiamente dichas (psoriasis); tanto mas cuanto que estas escamas no proceden de la concrecion de un líquido exhalado y espesado, sino que parecen ser como en las enfermedades escamosas, laminillas de epidermis alterado. La aparicion de vesículas pudiera poner en claro la verdadera naturaleza de la erupcion; pero no siempre se verifica, y por otra parte existe, y la ha observado muchas veces uno de nosotros, una forma de enfermedad cutánea, que no se encuentra descrita en los autores, y que constituye evidentemente una afeccion intermedia entre el eczema y el psoriasis. Sin embargo, como se parece mas á este último, nos limitaremos por ahora á indicarla, dejando para mas adelante (V. *Psoriasis*) su descripcion y las importantes cuestiones de patogenia y de patologia cutánea general que á ella se refieren. Biett ha presentado en sus lecciones muchos ejemplos de eczemas, que se habian convertido en verdaderas enfermedades escamosas, y en los cuales se hacia mas marcado el carácter vesiculoso á medida que se iban mejorando (Cazenave y Schedel, ob. cit., p. 97). Este estado es el que constituye el *herpes escamoso* de Alibert.

»Débense á Dauvergne muchas observaciones importantes sobre la descamacion del ezcema, al que llama con Alibert *herpes squamosus* (*Histoire de l' inflammation dartreuse*, *suivie de l'historique des dartres*, dissert. inaug., núm. 324; Paris, 1833). Cuando llega el eczema á un estado muy adelantado de cronicidad, y el mal que antes ocupaba una ancha superficie, se aisla y concentra en los puntos en que el epidermis entreabierto deja fluir el líquido en forma de rocío; se dispone la inflamacion á manera de

zona, y dá al miembro el aspecto de una piel de cebra, ó bien se prolonga á manera de cintas angostas y tortuosas. Las capas superficiales de la piel se hallan turgentes. «El epidermis entreabierto ofrece la disposicion de unas especies de válvulas, á cuyo través pasan los tejidos inflamados sobresaliendo del nivel de los tegumentos. Muchas veces es bastante grande el espacio que dejan entre sí las dos válvulas epidérmicas, y en él únicamente nacen escamitas, que una vez formadas parecen cabalgar sobre dichas válvulas (Dissert. cit., p. 43). El autor que acabamos de citar pretende, con razon, que en algunos casos de *herpes escamosos húmedos* (eczema crónico) no existen vesículas, sino que la formacion de las escamas y la exudacion serosa son consecuencia inmediata de la inflamacion de las capas superficiales de la piel. Efectivamente, no siempre han podido encontrarlas los observadores, á pesar de haberlas buscado con el mayor esmero.

»Dauvergne esplica la formacion de las escamas, no solo por la concrecion de la serosidad que fluye de las vesículas, sino tambien por la inflamacion que se propaga en sus intervalos, y que provoca una exudacion debajo del epidermis, que levanta esta membrana sin provocar su esfoliacion, hasta que á beneficio de la trasudacion de un líquido albuminoso se produce una especie de epidermis nuevo. Algunas veces ha visto la capa reticular tan inyectada, que daba á la porcion enferma de la piel un hermoso color de carmin. Dice que el aspecto de la rubicundez inflamatoria suele depender del color propio de la piel. En los sugetos blancos, cuyos tejidos cutáneos son mas transparentes, se transmite mas fielmente á la superficie el color de los líquidos que penetran en ellos; y por el contrario, en los morenos el color herpético es generalmente lívido. Adviértase que debe distinguirse este color, del violado que dá á la piel el herpes escamoso de los ancianos, y que depende, segun Dauvergne, de la caquexia escorbútica.

»Insistamos ahora en algunos síntomas locales, casi constantes en la forma crónica del eczema. Entre ellos merecen ocuparnos el prurito y la tumefaccion de la piel. Ora sienten los enfermos un picor leve, una especie de hormigueo incómodo; ora un prurito ardiente é intolerable, que se estiende á veces á una estensa superficie y obliga á rascarse á los enfermos. Esta necesidad es tan imperiosa que domina la voluntad; el paciente se desgarra la piel hasta que salta la sangre, calmándose momentáneamente la comezon, que habia llegado á convertirse en un verdadero suplicio. Pero la irritacion provocada por esta maniobra, y el contacto con cuerpos ásperos y con los vestidos, no tardan en aumentar de nuevo el prurito. Exasperan la comezon el calor de la cama ó del aposento, las comidas, el uso del vino, de los alcohólicos, del café, del opio, las tisanas calientes, los vestidos de lana y las emociones morales. A veces es continuo el picor, y pone á los enfermos en un estado de irritacion que dá lástima. Cuando se desgarran la piel con las uñas, sienten un alivio momentáneo, y en ocasiones una sensacion singular entre dolorosa y agradable, quedando en seguida en una especie de abatimiento, hasta que se reproduce el prurito todavia con mayor intension. En algunos casos no es continua la comezon; se reproduce por las noches, quita el sueño á los enfermos, y los obliga á saltar de la cama, para buscar en la esposicion al aire fresco algun alivio al dolor que esperimentan. A veces falta el prurito en cierta forma del eczema agudo, pero casi nunca en el crónico. Háse atribuido este fenómeno á la flegmasia cutánea que acompaña constantemente á la erupcion vesiculosa. Biett cree que depende de la modificacion patológica que esperimenta la inervacion del dermis, y cita en apoyo de su opinion el notable caso de un paralítico afectado de eczema crónico, en quien se detenia la comezon precisamente en los límites de la paralisis. Generalmente se disipa esta sensacion á medida que vá curándose la enfermedad.

»Cuando la flegmasia eczematosa adquiere cierta intension ó se prolonga mas de lo regular, ó cuando es algo considerable la estension del espacio que ocupa, se interesan las partes subyacentes y se abultan é infartan las glándulas linfáticas: asi, por ejemplo, se entumecen los gánglios cervicales, axilares, inguinales, etc., cuando el eczema ocupa una parte inmediata á estas regiones. Algunas veces se ha confundido esta lesion, totalmente secundaria, con el vicio escrofuloso; pero basta para formar el diagnóstico examinar detenidamente la superficie cutánea.

»En algunos casos, aunque bastante raros, se ha visto á la irritacion comunicarse sucesivamente á todas las partes constitutivas de la piel, viniendo á complicarse el eczema con una elefantiasis; pero entonces existe indudablemente una predisposicion individual, que influye en la produccion de la enfermedad mucho mas que la inflamacion cutánea, cuyo papel es meramente secundario.

»Los síntomas precursores generales que se observan son los siguientes: desazon, movimiento febril, calor general, precedido á veces de escalofrios vagos é irregulares, anorexia, sed, y otros trastornos poco importantes, á no existir alguna complicacion en los órganos digestivos. Dauvergne asegura que tan pronto como se desarrollan las chapas exantemáticas y las vesículas, se desvanecen todos los síntomas generales; se localiza enteramente la enfermedad, y empieza entonces un largo período de cronicidad (Disert. cit., p. 41). Sin embargo, pueden manifestarse de nuevo los síntomas generales, cuando se reproducen la erupcion de vesículas muy confluentes y la flegmasia intensa de la piel. Ademas casi siempre existen y se hacen muy graves cuando es general el eczema crónico; en cuyo caso suelen sucumbir los sugetos de resultas de los trastornos que se manifiestan en los aparatos de la nutricion.

»Eczemas parciales.—A. *Eczema de la piel del cráneo.*—Ocupa particularmente la nuca, las regiones occipital y temporal (Rayer), y se estiende tambien á la cara, ofreciendo en estos diferentes puntos algunas particularidades importantes. Al principio es la comezon bastante viva, y el dermis inflamado exhala una serosidad abundante, de un olor soso y nauseabundo, que humedece los cabellos y los paños con que se cubre la cabeza. Al concretarse esta exhalacion toma la forma de escamas, que se pegan á los cabellos y se secan, cayéndose luego á manera de un polvillo furfuráceo; pero si el humor viscoso y espeso se concreta alrededor de los pelos en capas compactas, en términos de ofrecer una superficie continua, resultan en las raices de los cabellos unas chapas blancas brillantes, de un color parecido al del amianto; de donde se deriva el nombre de *tiña amiantácea* que impropiamente se ha dado á está enfermedad, puesto que no consiste en pústulas sino en vesículas. Billard ha observado á menudo en los recien nacidos el eczema de la piel del cráneo, y dice que se le conoce en unas vesiculitas azuladas, que se desarrollan en la cabeza, y que dan salida á un fluido que se concreta muy luego, simulando algun tanto la tiña (*Traité des maladies des enfants*, p. 142, en 8.°; París, 1833).

»La flegmasia respeta los bulbos pilíferos (Biett, Cazenave y Schedel). Rayer dice que cuando el mal es antiguo puede alterar los cabellos y determinar su caida; pero conviene advertir que la alopecia que entonces resulta siempre es pasagera, al paso que persiste en la tiña propiamente dicha (pórrigo). Frecuentemente se acompaña el eczema de la piel del cráneo de infarto y tumefaccion de las glándulas de la region cervical posterior. Biett ha observado una alteracion singular en las facciones de los sugetos que han padecido cierto tiempo la enfermedad que nos ocupa. Como la inflamacion de la piel del cráneo está causando en la del rostro una tirantez continua, se desvian las facciones hácia arriba y atrás. «A veces se elevan irregularmente las cejas á mas de media pulgada de su situacion normal, y los párpados inclinados hácia arriba y atrás llegan á dar á la cara el aspecto de las figuras chinescas.»

»B. *Eczema de los párpados.*—Dá lugar á una tumefaccion, á una rubicundez y á un abultamiento considerable, ya inflamatorio, ya, y mas frecuentemente, edematoso; estorba los movimientos de los párpados y se propaga á la conjuntiva palpebral; en la que se perciben entonces vesículas transparentes, seguidas á veces de úlceras. En ocasiones ha llegado á determinar un ectropion la intensa flegmasia de la conjuntiva.

»C. *Eczema de las orejas.*—Sucede á menudo el eczema de la piel del cráneo, y se complica con inflamacion de las paredes del conducto auditivo esterno, de la trompa de Eustaquio y de la faringe. Puede ser bastante considerable la tumefaccion del conducto auricular, y hacerse tan completa su obliteracion momentánea, que cesen de percibirse los sonidos. Se infarta el tejido celular que rodea la concha, y se ponen tan doloridas las articulaciones del hueso maxilar, que se dificulta la masticacion. En las mujeres son las orejas el asiento predilecto del eczema.

»D. *Eczema de la nariz.*—No ofrece mas de particular que la rapidez de la formacion de las vesículas, que desaparecen muy pronto, quedando únicamente la descamacion en forma de costras ó de detritus epidérmico: la membrana pituitaria está hinchada, roja é inflamada.

»E. *Eczema de los labios.*—Esta afeccion, muy dolorosa en ocasiones, se reproduce con estraordinaria frecuencia, no solo en la piel que rodea la mucosa labial, sino tambien en esta última, que se pone roja é inflamada, presentándose en ella escoriaciones superficiales y pliegues radiados.

»F. *Eczema de los pechos.*—Se le observa en las muchachas solteras, en las mujeres de mas edad y sobre todo en las que crian. Afecta especialmente el pezon y la areola, y provoca una comezon muy incómoda. Con frecuencia se aumenta la sensibilidad de toda la glándula mamaria, y se infartan consecutivamente las glándulas linfáticas de la axila. Este mal es sumamente rebelde, y en ciertos casos dá lugar á escoriaciones difíciles de cicatrizar, sobre todo en las mujeres que crian, en razon del obstáculo que opone la incesante succion de la criatura.

»G. *Eczema de los órganos genitales de la mujer.*—Reside frecuentemente la erupcion en el monte de Venus, los grandes y los pequeños labios. En ocasiones se desarrolla primero en la parte interna de los muslos, estendiéndose sucesivamente á los grandes labios, y aun invadiendo la entrada de la vagina, el clítoris y el contorno del meato urinario. Resultan entonces síntomas muy molestos para las pacientes, que se quejan de mucha comezon y ardor en las partes genitales, y de escozor en el acto de orinar: tambien existe una tumefaccion muy considerable que á menudo dificulta la progresion. En algunos casos ceden las enfermas á la necesidad que esperimentan de rascarse, resultando una mezcla indefinible de dolores y de placeres que no puede pintarse con palabras: en medio de las mas crueles sensaciones sobrevienen sueños eróticos, que dejan en pos de sí un dolor y un abatimiento profundos (Biett). Esta variedad del eczema es una de las causas mas frecuentes de la ninfomania.

»Las mujeres muy obesas, las que se hallan en el último tercio de su vida, y las que padecen flujos leucorréicos, que á la verdad en ocasiones son efecto de la erupcion vesiculosa, presentan á menudo este mal, que en tales circunstancias ha solido describirse y estudiarse con el nombre de *herpes escamoso húmedo* ó *seco*, en razon de los líquidos que se reunen formando costras húmedas ó secas: siempre se encontrarán alrededor de estas costras algunas

vesículas que permitan establecer el diagnóstico. Es preciso no confundir el eczema de las partes genitales, con la inflamacion de los folículos que residen en la cara interna de los grandes labios. «En esta última forma, dice Biett, se presentan los folículos abultados, tumefactos, esparcidos en una superficie roja, inyectada, lubrificada por una exhalacion abundante, pero sin erosion alguna ni descamacion consecutiva, caracter distintivo importante que impide cualquier equivocacion» (art. cit.).

»H. *Eczema de los órganos genitales del hombre.*—Se presenta á menudo en eczema en el escroto, en el pene y la parte iterna de los muslos. Va acompañada esta enfermedad de calor, tumefaccion y erecciones, cuyos síntomas adquieren mayor intension con el ejercicio y con el calor de la cama ó de una habitacion muy abrigada. Puede ocupar el mal, en el estado agudo ó en el crónico, la cara interna del prepucio y del glande, ó las demas partes que hemos indicado. En tales circunstancias se han visto erecciones casi contínuas, muy parecidas á las del priapismo, desgarrandose el dermis, y verificándose por las grietas hemorragias bastante copiosas.

»I. *Eczema del ano.*—En las inmediaciones del ano, como en toda la superficie cutánea que reviste los órganos genitales del hombre y de la mujer, se efectúa habitualmente una secrecion sebácea, que predispone al parecer estas partes al eczema. Esplícase la frecuencia del eczema del ano, por el contínuo roce que se verifica durante la progresion, por la gran cantidad de pelos, por la naturaleza irritante de los líquidos que se exhalan en este punto, y por la suciedad. Se anuncia por una rubicundez y una inflamacion intensa de la piel, que deja trasudar un líquido abundante. En la estremidad del recto y en los surcos que resultan del fruncimiento de la piel en este sitio, se perciben numerosas vesículas, que á veces invaden el escroto y la parte interna de los muslos, ó la vulva. La insoportable comezon, el escozor y el calor que esperimentan los enfermos, se aumentan por el reposo y por la accion de todas las causas que llaman la sangre hácia la parte inferior del recto, como la progresion, el calor de la atmósfera, etc.

»J. *Eczema de las manos.*—Estan mas espuestos á contraer esta afeccion los artesanos que por la naturaleza de su trabajo tienen que manejar sustancias irritantes, cuerpos duros, etc., como los drogueros, cerrageros, herreros, molenderos de colores, y labradores. Bateman describe con el nombre de *eczema solare* la erupcion vesiculosa producida por la accion directa de los rayos del sol, ó de una temperatura atmosférica elevada, que ataca casi esclusivamente las partes descubiertas del cuerpo, como la cara, el cuello, los antebrazos en las mujeres, y mas particularmente el porso de las manos y dedos. La aparicion de las vesículas va precedida y acompañada de calor y de una sensacion muy molesta de escozor y de hormigueo, cuando la ha provocado el sol ó el calor del fuego. Las vesículas son pequeñas y algo prominentes, llenas de una serosidad lechosa y ténue, rodeadas de un círculo inflamatorio, y mezcladas en los hombres de temperamento sanguíneo, con pústulas flizáceas ó con tuberculitos duros y doloridos, que se desarrollan en algun que otro punto, supuran y se convierten en otras tantas ulceritas (Bateman, ob. cit., p. 303).

»Tambien se manifiesta el eczema en las estremidades inferiores, y mas particularmente en las piernas y los pies, en donde determina tumefaccion y desgarraduras, por las que fluye la sangre, y que renuevan y agravan la irritacion. Rayer ha visto caerse las uñas á consecuencia de esta afeccion.

»Curso, duracion y terminacion.—Bajo estos diferentes aspectos ofrece el eczema tanta variedad de grados, que casi seria imposible describirlos en este lugar. A veces consiste la erupcion en un corto número de vesículas, circunscritas en un solo parage, situadas comunmente en las partes en que abundan los folículos sebáceos y en que es muy activa la perspiracion cutánea, terminando en uno, dos ó tres septenarios. Cuando el mal se halla en mas alto grado, provoca accidentes locales bastante agudos, tales como rubicundez, calor y tumefaccion, que combinándose de diversos modos, dan al eczema una fisonomia muy variable. Sin embargo, aun en los casos en que llegan á adquirir estos síntomas cierta gravedad, suelen disminuir al cabo de dos ó tres septenarios, sin que la duracion del mal, aunque mayor que en el grado precedente, esceda de uno á dos meses.

»Otras veces sucede el estado crónico al agudo: en el momento de establecerse la descamacion, vuelven á ponerse rojas las superficies, y se presenta una nueva erupcion; verificándose de este modo una sucesion contínua de erupciones, ya en el sitio primitivamente afectado, ya en otras regiones del cuerpo. Siempre sigue este curso el eczema crónico, propagándose desde una pequeñísima superficie á todo un miembro ó á toda la superficie cutánea. Asi puede prolongarse muchos meses y aun muchos años esta terrible enfermedad, con alternativas de remision y de exacerbacion; por manera que puede decirse que la duracion del eczema crónico es casi indefinida. Cazenave y Schedel dicen haberle visto invadir simultáneamente toda la cubierta tegumentaria, tanto en el estado agudo como en el crónico (obra citada, p. 99).

»La terminacion del eczema es la descamacion por colgajos epidérmicos, por escamas delgadas y foliáceas, y por costras gruesas, secas ó húmedas. A veces termina el eczema por la forma ampollosa del ponfolix: Biett, que ha observado varios hechos de esta especie, dice que las ampollas se suceden y dilatan por sus circunferencias, en término de formar una esca-

ma contínua. En uno de los casos que refiere este médico, las ampollas, que eran anchas y regulares, se multiplicaron y estendieron, ofreciendo muy luego el aspecto de grandes escamas sucesivas, sobrepuestas como los pétalos de una corola. Por lo demas, son raras estas trasformaciones de vesículas en ampollas, y solo se verifican bajo la influencia de condiciones orgánicas que todavia no se han determinado bien.

»Puede retroceder el eczema, desaparecer de pronto, y fijarse en una víscera ó en un tejido cualquiera, dando lugar á una enfermedad bien caracterizada? Responder á esta pregunta seria entrar en la cuestion general de los retrocesos de las enfermedades. Solo diremos, que los mas distinguidos observadores confiesan unánimemente, que en todos aquellos casos en que se ha creido ver un retroceso, solo existia una simple revulsion, verificada por el desarrollo ó por la exacerbacion de otra enfermedad.

»Complicaciones.—Pueden complicarse con el eczema gran número de enfermedades de la piel. Se la ha visto sobrevenir en el curso de la sarna descuidada ó tratada por fricciones irritantes (Gibert, *Manuel des mal. de la peau*, página 190), ó simultáneamente con las chapas papulosas confluentes y ulceradas del liquen agrius; tambien acompaña á las erupciones tubérculo-pustulosas de las sifílides, de la sicosis, y de la elefantiasis de los árabes.

»Todavia no se han estudiado suficientemente las enfermedades generales ó locales que algunos consideran como complicaciones del eczema. Sin embargo, en algunos casos es imposible desconocer las afecciones gastro-intestinales, y la modificacion patológica que sufre la constitucion de ciertos sugetos. «Hay un hecho, dice Biett, que alguna vez inclina á los prácticos en favor de las teorias humorales, y es la relacion que existe entre las erupciones eczematosas y otras enfermedades, y su sucesion alternativa. Efectivamente, vemos que cesan reumatismos, neuralgias gravísimas, palpitaciones del corazon y gastralgias, despues de la aparicion de estas flegmasias vesiculosas; ó que se manifiestan de nuevo y con gran intension estos síntomas, cuando disminuyen ó desaparecen dichas erupciones.»

»Ya hemos discutido anteriormente (*Enfermedades de la piel en general*), si existen alteraciones orgánicas que puedan influir notablemente en la produccion de las enfermedades cutáneas, y del eczema en particular; demostrando que en una multitud de casos es muy dificil resolver esta cuestion en cualquier sentido.

»Diagnóstico.—La sarna es la afeccion que mas se parece al eczema, y si las vesículas de este fuesen poco numerosas, lo cual es raro, si ocupasen los dobleces de las articulaciones, y las acompañase un prurito poco doloroso, seria casi imposible distinguir una de otra enfermedad, á menos que se observasen, ya á simple vista, ya con el microscopio, el insecto de la sarna ó los surcos que hace en la superficie del dermis. Sin embargo, por punto general es fácil evitar este error de diagnóstico, cuando se procede con la debida atencion. Las vesículas de la sarna estan situadas en los dobleces de las articulaciones en el sentido de la flexion; casi siempre existen entre los dedos; rara vez son confluentes, y contienen un líquido trasparente que no se derrama al esterior por la rotura espontánea de la vesícula: en esta enfermedad no se forman costras ni escamas como en el eczema, y nunca llegan á un grado tan elevado la rubicundez, la tumefaccion y el calor. El prurito varia en ambos casos, siendo doloroso y acompañado de una tirantez notable en el eczema, caractéres que no ofrece en la sarna. Esta es contagiosa y el eczema no. Las dos variedades que mas analogia tienen con la sarna, son el eczema rubrum y el impetiginodes; pero las vesículas de la sarna son menos prominentes, menos numerosas, y acompañadas de una rubicundez menos viva, que las del eczema rubrum. Las del eczema impetiginodes son puntiagudas y se convierten en pústulas, como sucede en ocasiones con las de la sarna, siendo entonces muy dificil el diagnóstico, aunque los caractéres que quedan referidos, y sobre todo la presencia de un acarus, pueden bastar para establecerlo. Por lo demas, si á pesar de haber comparado atentamente todos los síntomas, aun quedase alguna duda, convendria no decidirse en ningun sentido.

»En el *herpes flictenoides*, que muchas veces se ha confundido con el eczema, constituyen las vesículas grupos aislados, esparcidos por varios puntos. Tambien puede el eczema presentarse de este modo; pero sus vesículas son mas pequeñas, apenas prominentes, dotadas de mucha trasparencia y seguidas de descamacion.

»Distínguese el eczema de la *erupcion miliar*, en que sus vesículas son mas confluentes y menos voluminosas que las de esta. Las vesículas de la miliar no van acompañadas de la rubicundez, tumefaccion y prurito, que se observan en el eczema, y su descamacion tampoco es parecida. Mas dificultad ofrece el diagnóstico, cuando la miliar se manifiesta durante los calores del estio, despues de un largo ejercicio, y durante el curso de ciertas enfermedades, que suelen, entre otros síntomas, ir acompañadas de sudor; pero la investigacion de la causa y de las lesiones viscerales, y la ausencia de fenómenos locales, tales como la rubicundez, la tumefaccion, etc., bastan para distinguir la miliar del eczema.

»Dícese que el *impétigo* difiere del eczema en sus pústulas de base ancha, que contienen un líquido purulento desde el principio, y nunca una serosidad trasparente; y que, si bien las vesículas del eczema impetiginodes pueden ofrecer un volumen parecido al de las pústulas, aun en este caso no es purulento el humor que contienen. Ademas el impétigo termina por costras gruesas, amarillas, desiguales y

ásperas, y el eczema por una descamacion de hojillas bastante delgadas aunque anchas. Este solo deja en pos de sí unas ligeras manchas; al paso que quedan cicatrices y una rubicundez pronunciada, despues de la caida de las costras del impétigo. De todos modos, cuando no se observa la enfermedad en su principio, sino en una época en que estan ya trasformadas las vesículas en vesico-pústulas, puede ser muy difícil establecer el diagnóstico, si no se verifica otra nueva erupcion de vesículas, que indique el carácter primitivo de la enfermedad. A pesar de esto, conviene no olvidar un hecho, y es que en el impétigo casi siempre se encuentran pústulas aisladas, al paso que las vesico-pústulas del eczema impetiginoso estan constantemente aglomeradas.

»El *pompholix diutinus* presenta generalmente ampollas discretas, muy distantes entre sí, y entonces no ofrece dificultad alguna el diagnóstico; pero cuando son numerosas las ampollas, se confunden y se desgarran; resulta una secrecion epidérmica, y capas sobrepuestas que se cubren sucesivamente é imitan bastante bien las escamas del eczema impetiginodes. Sin embargo, en el ponfolix las ampollas invaden toda la superficie cutánea, y se hallan constituidas por vastos desprendimientos del epidermis, parecidos á las anchas flictenas de los vejigatorios, que esceden á menudo de las dimensiones de estos: tambien las escamas tienen un grueso y unas dimensiones que nunca ofrecen en el eczema. Este presenta siempre alrededor de las chapas inflamadas, vesículas muy visibles, que no existen en el ponfolix, enfermedad que por otra parte es constantemente mortal, al paso que el eczema casi nunca lo es.

»El *liquen agrius* va acompañado de una exhalacion de serosidad, y de la produccion de escamas; pero estas son menos anchas y mas gruesas que las del eczema, y despues de su caida quedan una multitud de puntitos prominentes, papulosos, que dan á la piel un aspecto de piel de zapa, y que se tocan perfectamente pasando los dedos por el sitio de la erupcion: el eczema solo ofrece una superficie roja, lisa y lustrosa. En este siempre se observan algunas vesículas; al paso que solo existen las eminencias sólidas y macizas de las pápulas hasta en las chapas confluentes del liquen.

»Háse confundido algunas veces con el eczema crónico la *psoriasis*, y no hay duda que cuando es muy considerable la estension de la erupcion eczematosa, hallándose cubierta la piel de escamas blanquecinas, y no verificándose exhalacion de serosidad por el dermis inflamado, puede á primera vista cometerse este error; pero en la psoriasis está la piel hipertrofiada, muy tumefacta, y las numerosas grietas, que tambien existen en el eczema, no se limitan á ciertas partes como en esta última afeccion, sino que ocupan toda la superficie cutánea (*psoriasis inveterata*). Sirven tambien para distinguir el eczema del psoriasis, la presencia de las vesículas, la blandura y friabilidad de las escamas, y la trasudacion serosa que se verifica por debajo de ellas. Sin embargo debemos añadir, que uno de nosotros ha observado muchas veces una enfermedad cutánea, que no puede menos de considerarse como una forma intermedia entre el eczema y la psoriasis; pero como á pesar de todo se parece mas á esta, no hacemos mas que mencionarla por ahora, reservando su descripcion para cuando tratemos de las afecciones escamosas.

»Pronóstico.—Por punto general es el eczema una enfermedad poco grave, aunque sin embargo, relativamente al pronóstico hay diferencia entre el estado agudo y el crónico. En efecto, cuando la erupcion se reproduce incesantemente durante muchos años y á pesar del tratamiento mas metódico, cuando invade vastas superficies, cuando está deteriorada la constitucion del sugeto, ya por el influjo de la prolongada irritacion de la piel, que al cabo llega á determinar varios desórdenes, ya por efecto de una lesion visceral; conviene proceder con reserva, y no emitir un juicio favorable acerca de una enfermedad, que puede terminar funestamente. En todos los casos debe el médico fijar su atencion en las vísceras, y observar cómo se ejercen sus funciones; pues solo de este modo podrá reunir los verdaderos elementos del pronóstico. El eczema agudo no ofrece gravedad, á no ser cuando ocupa gran parte del cuerpo, y aun invade las membranas mucosas. Ya hemos dicho que en este caso solo se propaga la inflamacion, y que por nuestra parte nunca hemos encontrado vesículas en las membranas mucosas mas allá de la faringe. Como el eczema rubrum y el impetiginodes duran mas tiempo, y siguen un curso menos regular que el simple, es tambien su pronóstico menos lisongero.

»Etiologia.—Entre las principales causas del eczema se cuentan todas aquellas que ejercen una accion inmediata sobre la superficie cutánea, como las fricciones secas ó con pomadas irritantes, las de ungüento mercurial (eczema mercurial), la aplicacion de pomadas rancias, las fricciones alcalinas y sulfurosas, sobre todo cuando se practican en sitios donde hay mucho vello; la insolacion, la esposicion al calor cuando es muy fuerte ó se prolonga mucho tiempo su accion; el contacto del polvo ó de cuerpos duros, sólidos ó líquidos; las quemaduras, los vejigatorios y todas las irritaciones producidas por enfermedades locales. Estas causas directas son anexas al ejercicio de ciertas profesiones: los drogueros, los molenderos de colores, los afinadores de metales, los herreros y las lavanderas, son los que se hallan mas espuestos á contraer la enfermedad. Tambien pueden provocarla la equitacion, las marchas prolongadas, los flujos leucorréicos, la suciedad, etc. Se cree que las influencias atmosféricas pueden tomar cierta parte en el desarrollo del eczema; el cual se declara mas á menudo en primavera y en verano, que en las demas

épocas del año: las variaciones repentinas de temperatura, y las entradas de estacion, provocan su primera aparicion, ó lo exacerban cuando ha pasado al estado crónico. En lo que mas influencia tienen las vicisitudes atmosféricas, es en los síntomas ya existentes del eczema: muchas veces escitan comezones insoportables.

»Las causas internas del eczema son menos conocidas, y aun en aquellos casos, rarísimos en verdad, en que se manifiestan evidentemente, hay que admitir una disposicion especial de la piel, para que se ejerza en ella la accion patogénica de la lesion visceral. Se presenta el eczema en las mujeres despues del parto, despues de la lactancia, y últimamente hácia la edad crítica. Muchos autores han creido, que en las dos primeras circunstancias depende la erupcion del influjo nocivo de la leche. Dificil nos seria decir que debe entenderse por enfermedades *lácteas*, y mas aun referir hechos que probasen sin género alguno de duda su existencia, por lo menos relativamente al eczema. De todos modos ya hemos tratado de este asunto al hablar de las enfermedades de la piel en general. El eczema que padecen las mujeres hácia la edad crítica, ó algunos años despues de haber cesado el flujo menstrual, se refiere indudablemente á alguna modificacion patológica de la constitucion; pero ni sabemos en qué consiste, ni qué relacion tiene con la erupcion eczematosa. Esta es entonces mas rebelde, y persiste mas tiempo, que cuando el eczema depende de otras causas.

»Varios autores opinan que el eczema, como otras muchas afecciones cutáneas, depende frecuentemente de una flegmasia crónica de la mucosa intestinal; pero ya hemos manifestado en otro lugar (véase *Enfermedades de la piel en general*) los motivos que tenemos para no adoptar esta opinion.

»En algunos casos se ha presentado el eczema casi de repente, bajo la influencia de una emocion moral fuerte, tal como el terror ó la cólera: esta causa obra con mas energia en las mújeres que estan criando, en las cuales puede manifestarse la erupcion vesiculosa en un sitio determinado, como el cuello, las orejas, la piel del cráneo ó las axilas, ó bien invadir casi todo el tegumento.

»El eczema no es contagioso; «sin embargo, dicen Cazenave y Schedel, en algunas aunque raras circunstancias ha parecido trasmitirse de un individuo á otro por el contacto prolongado de dos superficies mucosas. Asi es que Biett refiere en sus *Lecciones clínicas* muchos ejemplos de eczemas trasmitidos por el coito» (ob. cit., p. 99). No creemos que estos ejemplos prueben en manera alguna el contagio del eczema, ni aun en los casos en que se ha desarrollado ó trasmitido la erupcion á los órganos genitales. Mejor se esplica por la naturaleza ácre del flujo y de la serosidad que humedece las partes, el desarrollo de la enfermedad provocada por las relaciones sexuales. Las mujeres estan mas espuestas á contraerle que los hombres.

»Tratamiento.—Empecemos recordando que el eczema casi siempre depende de causas esternas, y que aun en los casos en que es preciso admitir una predisposicion, no dejan de desempeñar estas causas el principal papel en la produccion de la enfermedad. En este supuesto debe el médico ante todo informarse de la causa que ha determinado el mal, íntimamente convencido de que no hay que esperar una curacion durable, si el sugeto se somete de nuevo á las condiciones bajo cuya influencia ha aparecido la erupcion eczematosa. A la persistencia de unas mismas causas deben atribuirse indudablemente esos eczemas crónicos ó esas frecuentes recidivas de la enfermedad, en los artesanos dedicados á los oficios que antes hemos indicado, y que apenas curados reciben de nuevo la accion irritante de los cuerpos que tienen que manejar incesantemente, ó la del polvo que viene á impregnar la superficie de su cuerpo.

»Siendo distintos los agentes terapéuticos que se usan contra la enfermedad, segun que se halle esta en el estado agudo ó en el crónico, trataremos de ellos separadamente, indicando en seguida las medicaciones particulares que reclama el eczema de las diversas regiones del cuerpo. Sobre todo es preciso guardarse de administrar, como se hace con demasiada frecuencia, los remedios á la ventura, sometiendo indistintamente á los enfermos al uso de baños de agua simple ó sulfurosa, ó cargada de cualquier otra sustancia medicinal, á los depurativos y á todos los demas remedios, que se prescriben harto á menudo sin sujetarse á indicaciones rigurosas.

»Antes de proceder á este estudio, podemos preguntarnos si se hallará contraindicado el uso de medicamentos propios para curar el eczema, en algunos casos en que debe respetarse esta especie de depuracion establecida hácia la superficie cutánea por los esfuerzos de la naturaleza. Las doctrinas solidistas han hecho caer en gran descrédito este género de ideas; pero tal vez no esté lejos el dia en que volviendo á hacerse de moda las opiniones antiguas, se utilicen ciertos hechos que parecen favorecerlas. Preciso es confesar, que si bien se ha exagerado singularmente la importancia de esos movimientos fluxionarios que se verifican en la piel; sin embargo, observadores exentos de toda preocupacion han visto manifestarse por primera vez fenómenos morbosos, ó adquirir notable intension, cuando á beneficio de los medios oportunos desaparecia la erupcion vesiculosa. Debe, pues, el práctico consultar todos los datos que en casos tan dificiles puede suministrarle el estudio de la constitucion de los sugetos, de las enfermedades preexistentes, y de las causas que han determinado el eczema procediendo con la mayor circunspeccion en la eleccion de los remedios que prescriba. Donde

mas especialmente se necesita no olvidar estos prudentes preceptos, es en el eczema crónico: uno de nosotros ha visto repetidos casos de enfermos, que hacia muchos años tenian en las piernas anchas superficies eczematosas, y que murieron con derrames serosos, formados rápidamente en el abdomen y en el pecho, á consecuencia de la repentina desaparicion de una afeccion cutánea, obtenida por medio de tópicos astringentes y repercusivos.

»*Tratamiento del eczema agudo.*—En este, como en el del eczema crónico, debe insistirse particularmente en los remedios esternos, que forman la principal parte de la medicacion. En el eczema simple bastan para proporcionar la curacion: el uso de baños tibios, de cataplasmas de harina de patatas, puesto que las de harina de linaza son todavia demasiado irritantes y suelen aumentar la intension de la enfermedad en vez de disminuirla; de bebidas emolientes y acídulas, un régimen severo, y sobre todo la separacion de la causa. Mas no sucede lo mismo cuando la erupcion va acompañada de calor, de rubicundez y de mucha comezon, siendo muy pronunciada la flegmasia cutánea, ó bien cuando despues de haberse curado en un punto la erupcion, se reproduce en las partes inmediatas; en cuyos casos convienen algunas emisiones sanguíneas generales; aplicaciones de sanguijuelas en los límites de la superficie eczematosa; bebidas acídulas, como las aguas de limon, de naranja y de grosella; los purgantes salinos suaves, y las lociones emolientes y narcóticas, preparadas con el malvavisco, el salvado, el beleño, la dulcamara, la lechuga, etc. Cuando está desnudo el dermis, y presenta una superficie inflamada, roja y escesivamente dolorida, se cubre las partes enfermas con cataplasmas de harina de patatas, de sémola y de pulpa de malvavisco. Deben prescribirse diariamente baños tibios muy largos; los cuales aumentan por algunos instantes el prurito, pero pasado este efecto dejan al paciente en un estado de calma, que le mueve á prolongar muchas horas su permanencia en el agua, como único medio de aliviar sus padecimientos. En cuanto sale del baño se le reproduce la comezon. En algunos, aunque pocos casos, es preciso renunciar á su uso, porque adquieren mayor intension los síntomas locales, y porque en los ancianos y en los sugetos debilitados determinan infiltracion y una notable estancacion venosa.

»El eczema *rubrum* y el *impetiginodes* reclaman los mismos agentes terapéuticos, solo que necesitan que la medicacion antiflogística sea mas rigurosa, y se continúe mas tiempo, que en la forma precedente. Es preciso en estos casos, sobre todo cuando los sugetos son pletóricos y acostumbran escederse en la comida y en la bebida, insistir en las emisiones sanguíneas generales y locales, y prescribir una dieta bastante rigurosa.

»En esta época de la enfermedad ha de tenerse cuidado de no emplear las preparaciones sulfurosas, los tratamientos mercuriales, ni friccion alguna practicada con pomadas irritantes; porque estos medios perjudican siempre, suministrando nuevos materiales al incendio, y aumentando la duracion del mal. Por usarlos intempestivamente, les ha sucedido mas de una vez á profesores poco acostumbrados á tratar enfermedades de la piel, trasformar un eczema simple en rubrum ó impetiginodes. Por el contrario, pueden como vamos á ver, prestar grandes servicios estos agentes, cuando se han disipado enteramente la rubicundez, el calor y la tumefaccion, quedando solo una exudacion serosa mas ó menos abundante, que se condensa rápidamente en escamillas, y propendiendo el mal á pasar al estado crónico.

»Algunas veces es muy útil la aplicacion de un vejigatorio; pero debe cuidarse de situarle á bastante distancia de la superficie enferma, si no se quiere que la porcion desnuda del dermis se ponga eczematosa.

»*Tratamiento del eczema crónico.*—Tambien en este caso son los remedios esternos la parte mas activa del tratamiento. Los baños á la temperatura de 28 á 30.° centígrados, con la adicion de un mucílago ó de gelatina que los haga emolientes; los sulfuro-gelatinosos, preparados con la disolucion de sulfuro de potasa, y las aguas minerales de la misma especie, tienen mucha eficacia, empleándolos en una época en que esté casi enteramente disipada la flegmasia de la piel, ó revista la forma crónica. Se hace que alternen los baños simples con los medicinales, y si fuese escesiva la escitacion producida por estos últimos, ó reanimase la flegmasia, se los prescribiria mas de tarde en tarde, ó se suspenderia su administracion, volviendo de nuevo á los baños emolientes. Los de vapor son útiles en algunos casos de eczema crónico; pero debe cuidarse de que produzcan un calor moderado, poniendo al sugeto á cierta distancia del sitio de donde sale el vapor (Cazenave y Schedel).

»Al propio tiempo se practican lociones con un agua que tenga en disolucion media á dos onzas de subcarbonato de potasa ó de sosa, y que sirve para disminuir notablemente la comezon. El doctor Thompson recomienda lavar las partes con una disolucion de una dracma de ácido hidrociánico en ocho onzas de emulsion de almendras amargas (Copland, *Dict. of pract. med.*, part. III, p. 749). Otros han preconizado las lociones con agua de salvado acidulada con vinagre, con la de Goulard, con la de cal, con la disolucion de sulfato de alúmina; las lociones alcalinas con el subcarbonato de potasa (*Bull. de therapeutique*, t. III, p. 103); las pomadas en que entra el alcanfor, el ópio, la belladona, el beleño, ó varios astringentes como el acetato de plomo. En el caso de resistirse el mal á estos medios, se hace en ocasiones necesario variar el modo de vitalidad de la piel, y con este objeto se ha aconsejado la apli-

cacion de un vejigatorio *loco dolenti*, el uso de la disolucion de nitrato de potasa (Guillermineau), y las fricciones con el protoioduro de mercurio (medio á un escrúpulo por onza de manteca), con el deutoioduro (diez á doce granos por onza), y con la brea (media á una dracma por onza de manteca). Estas últimas han solido producir muy buenos efectos á Emery en el tratamiento del eczema crónico de la piel del cráneo. Convienen especialmente estas pomadas cuando la piel está seca, resquebrajada, y cubierta de escamas; en cuyo caso las hemos empleado nosotros con buen éxito. Cazenave y Schedel proscriben la cauterizacion en el tratamiento del eczema, y dicen que cuando resiste el mal, los medios que mas aprovechan son los baños sulfurosos, locales y generales, y los chorros de vapor. Rayer ha visto resultar accidentes de la cauterizacion con el ácido hidroclórico (ob. cit., p. 281).

»Los remedios locales de que acabamos de hablar, convienen á veces en el eczema agudo; en cuyo caso estan particularmente indicadas las lociones que sirven para combatir el prurito.

»Háse recurrido igualmente al uso del hollin, recomendado ya hace mucho tiempo por Blaud, y últimamente por Marinus, Lablache y otros. Hé aquí como le administra este último médico, que ha obtenido muy buenos efectos en varios casos de herpes escamoso: R. de hollin de madera dos puñados; de agua pura una libra: cuézase por espacio de media hora; para lociones mañana y tarde en las partes enfermas. Despues se aplica la siguiente pomada: R. de manteca cuatro onzas; de hollin cantidad suficiente; mézclese exactamente y poco á poco, hasta que adquiera la manteca un color pardo muy oscuro, y sométase por espacio de veinticuatro horas á una ligera ebullicion. El modo de preparar esta pomada se le indicó á Lablache el profesor Bland (*Bulletin de therapeutique*, t. XVI, 7.ª y 8.ª ent., p. 214, 8.° año). Es bastante eficaz no solo en el eczema crónico sino tambien en el agudo, y si ha de creerse á los médicos que la han usado, calma muy bien el prurito, particularmente en los casos de eczema de las partes genitales.

»Por último, citaremos entre los remedios esternos las cataplasmas de celidonia menor ó de tártago, los vejigatorios, las pomadas con el precipitado rojo ó con el tartrato antimoniado de potasa (Rayer). Hasta ahora no se han precisado los casos en que convienen estos agentes terapéuticos, por manera que no podemos hacer mas que mencionarlos.

»Tambien deben concurrir á la curacion los remedios internos. Los derivativos mas usados son los purgantes suaves, tales como el aceite de ricino, los calomelanos á la dosis de dos á cuatro granos diarios por espacio de una á dos semanas; unas píldoras hechas con aloes, jalapa y gutagamba á cortas dosis, y las de Plummer (una ó dos cada dia). Cuando el eczema se ha resistido á todos los tópicos oportunamente usados, conviene insistir muchos dias, y en ocasiones muchas semanas en el uso de dichos purgantes. Puédese asimismo dar interiormente las aguas minerales sulfurosas de que hemos hablado, mezcladas al principio con cocimiento de cebada ó con leche, y administrándolas puras cuando el enfermo está ya habituado á su accion. Plumbe, Biett y otros autores, aseguran que los ácidos minerales tomados interiormente, como por ejemplo, las limonadas sulfúrica, nítrica é hidroclórica á dosis cortas, y continuadas largo tiempo, modifican favorablemente la constitucion: segun Plumbe disminuyen la exudacion.

»En las erupciones antiguas, y que han invadido toda la superficie cutánea, son muy frecuentemente inútiles todos los remedios que hemos indicado, haciéndose preciso acudir á otros mas activos. Biett ha visto curaciones inesperadas, acaecidas durante la administracion de los preparados arsenicales y de la tintura de cantáridas. Las fórmulas que mas generalmente se prescriben, son las disoluciones de Fowler y de Pearson, y la de arseniato de amoniaco. Biett, á quien se deben preciosas observaciones sobre la accion de estos remedios, da la disolucion de Fowler (arseniato de potasa), á la dosis de tres gotas en una pocion inerte, por la mañana en ayunas, aumentando dos ó tres gotas cada cinco ó seis dias, pero sin pasar nunca de quince diarias. La disolucion de Pearson (arseniato de sosa) puede darse á dosis mas altas, empezando por un escrúpulo, y llegando progresivamente hasta una dracma. La de arseniato de amoniaco, introducida por Biett en el tratamiento de las afecciones cutáneas, puede administrarse á las mismas dosis que la precedente. Es preciso vigilar con mucha atencion los efectos de las preparaciones arsenicales, á causa de su deletérea influencia sobre la economia, suspendiendo su administracion en cuanto sobrevenga algun accidente. Sin embargo, Biett asegura que se ha exagerado mucho el peligro que ofrecen estos medicamentos, y declara que en veinte años que hace que los está usando en el hospital de San Luis, ni una sola vez los ha visto producir accidente alguno.

»La tintura de cantáridas puede darse al principio á la dosis de tres gotas, y luego á la de cinco todas las mañanas; cada ocho dias se aumentan cinco gotas, pero sin pasar de un escrúpulo, y aun renunciando á su uso si se manifestasen signos de irritacion de las vias digestivas. Emery ha prescrito á veces con buen éxito el sulfuro de antimonio (cuatro á cinco granos diarios). A pesar de todo, por desgracia ha demostrado la esperiencia, que en los casos graves en que se echa mano de estos enérgicos medicamentos, resiste con harta frecuencia la enfermedad, terminando de un modo funesto.

»En el eczema mercurial preconiza Bateman los diaforéticos y los baños calientes, los opia-

dos, los tónicos y los ácidos minerales. Moriarty tiene poca confianza en el opio. Sin embargo, en las formas graves parece que los mejores remedios son el opio, el alcanfor, el amoniaco, el acetato y el hidroclorato de amoniaco y el ácido piroleñoso. Al hablar del eczema mercurial hemos dicho, que segun varios observadores, resultaba de la absorcion del mercurio: los sudoríficos, los baños y algun tónico, bastan para hacerle desaparecer cuando no existe un estado caquéctico pronunciado.

»*Tratamiento del eczema parcial.* — Debe sufrir el tratamiento algunas modificaciones segun el sitio que ocupa el eczema. El de la piel del cráneo exige ciertas precauciones. Ante todo es preciso cortar los cabellos, conservarlos muy cortos, y cubrir las partes con cataplasmas que humedezcan y levanten las escamas concretas que cubren la piel. Hecho esto, y en el caso de no producir ventajas los emolientes, se pueden usar con mejor éxito las lociones alcalinas, las de agua jabonosa ó de salvado acidulada, etc.

»Cuando se hallan afectados los párpados, surten muy buen efecto las lociones emolientes, las aguas de salvado y de sauco. En una época mas avanzada del mal, convienen las pomadas sulfurosas ó mercuriales: las recomendadas por Gibert son las siguientes: R. de ungüento rosado, dos dracmas; de mercurio precipitado rojo cuatro granos; de láudano seis á ocho gotas: para aplicar todas las noches una corta porcion en el borde libre de los párpados.— R. de manteca media onza; de protocloruro de mercurio y alcanfor, de cada cosa seis á ocho granos (ob. cit., p. 201).

»En el eczema de las orejas producen buenos resultados los fomentos emolientes y narcóticos, los chorros, y la aplicacion de unas ventosas pequeñas escarificadas á las regiones mastoideas ó á las inmediaciones de los lóbulos. Para evitar que la tumefaccion inflamatoria oblitere el conducto auricular, se introducen en él unas bolitas de hilas, ó unos cilindros pequeños de esponja preparada.

»El eczema crónico de las narices puede combatirse por las lociones de agua de sauco, de perifollo, de salvado, de adormideras, y por chorros de vapor, que desobstruyan la entrada de estas aberturas naturales. Tambien se aplica en este caso, particularmente por las noches, algunas pomadas astringentes, como las preparadas con los óxidos de plomo, de zinc, y de cobre, con la adicion de una corta cantidad de opio. Los calomelanos y el azufre pueden emplearse con éxito en esta enfermedad.

»El eczema de las mamas suele ceder muy difícilmente á los diversos medicamentos que se le oponen. Nos ha parecido que las lociones alcalinas y ioduradas son en este caso algun tanto eficaces. Uno de nosotros, que habia probado en vano muchos remedios contra el eczema crónico de estos órganos, recurrió al uso de cauterizaciones superficiales con una disolucion concentrada de iodo. Luego que cedia á beneficio de tópicos emolientes la irritacion provocada por esta aplicacion, se mandaba á las enfermas bañarse los pechos mañana y tarde con un agua iodurada, cuya base se iba aumentando progresivamente, pero sin que fuese preciso elevarla, en términos de producir irritacion en la piel. Los sugetos á quienes se aconsejó esta medicacion, ofrecian algunos síntomas de afeccion escrofulosa.

»Los que padecen eczemas en las partes genitales, esperimentan especialmente una comezon muy fuerte, muchas veces insoportable, y reclaman con ahinco algun remedio que la haga cesar. Son buenas para calmar este picor las pomadas opiadas ó alcanforadas, y las preparadas con hollin, cuyas fórmulas hemos dado anteriormente: las pomadas sulfurosas producen igual efecto. Tambien se ha recomendado la siguiente: R. de manteca una onza; de sulfato amarillo de mercurio un escrúpulo; de láudano doce gotas. Son asimismo muy eficaces las fumigaciones con cinabrio ó con azufre, y los chorros sulfurosos ó sulfuro-gelatinosos. El eczema del ano debe tratarse del mismo modo que el de los órganos genitales.

»Historia y bibliografía. — Es demasiado grande la confusion que reina en las obras antiguas relativamente á la enfermedad que ahora se designa con el nombre de *eczema*, para que intentemos disiparla, ya interpretando diferentes pasages tomados de los autores, ya tratando de ponerlos de acuerdo, y siempre dando á sus palabras una significacion casi arbitraria. Hipócrates usó la denominacion *herpes*, como otros muchos médicos de la antigüedad, para designar las afecciones crónicas de la piel. Algunos autores dicen que Celso describió el eczema impetiginodes, y lo que otros han llamado *herpes squamosus madidans* (lib. V, capítulo 17 y 18), hablando de la rubicundez de la piel, y de la mayor parte de los síntomas de la enfermedad. Ni falta quien asegura que Galeno le menciona claramente en su descripcion de las diversas especies de *herpes*, y que Avicena quiso designar con el título *De essere*, el *herpes squamosus madidans*, describiendo los principales síntomas del eczema, tales como la rubicundez intensa, el prurito, y la humedad de las superficies inflamadas. Pero repetimos, que si bien pueden sostenerse estas aserciones, no nos parecen estar bastante demostradas. Nos limitaremos, pues, á decir que á Willan es á quien se debe la determinacion esacta de la palabra *eczema*, adoptada por la mayor parte de los autores que le han sucedido, para designar la afeccion vesiculosa que acabamos de describir. Las obras en que se hallan mejor trazados sus caractéres, y que nos han servido para la redaccion de este artículo, son los tratados de Cazenave y Schedel, de Gibert, y el mas antiguo de Bateman, que tantas veces hemos citado, en razon de la esactitud de sus descripciones, y en el que se halla ya consig-

nado todo lo mas importante que ofrece el estudio de esta enfermedad. El artículo ECZEMA publicado por Biett, contiene observaciones prácticas que hemos reproducido con el mayor esmero, porque se hallan sancionadas por gran número de médicos. Tambien nos han prestado grande auxilio los artículos de Plumbe, Copland y Joy.

»Muchos autores ingleses han estudiado detenidamente el eczema mercurial. Los que han publicado escritos de importancia sobre este asunto, son: Brendel (*De inopinatis ex mercurio dulci noxiis*; vol. I, p. 69); Schreber (*De morbo mercuriali*; Erfurt, 1792); Benjamin Bell (*On gonor. vir. and lues venerea*; t. II, página 228); Pearson (*On the affects of var. articles of the mat. med. in lues venerea*; cap. XIII); Moriarty (*A description of mercurial lepra*; en 8.°, 1804); Spens (*Edimb. med. and surgical journal*; t. I, p. 7); M' Mullin (*Ib.*; vol II, p. 37); Chisholm (*Ib.*; vol. VIII, p. 296); Marcet (*Med. and surg. Societ. trans.*; vol. II, artículo IX); Alley (*On the hydrargyria or that vesicular disease caused by mercury*; Londres, 1810); Mathias (*On the mercurial disease*; en 8.°, 1811); y J. Frank (*Act. cliniq.*; v. III, p. 22, y *Praxeos*, v. II, p. 2, art. IV).» (MONNERET Y FLEURY, *Comp. de med. prat.*; t. III, p. 153-268).

CAPITULO II.

Del herpes.

«La palabra *herpes* se deriva de ἕρπειν, arrastrarse, estenderse serpeando.

»SINONIMIA. —Ερπης, de Galeno, Dioscorides y Celso; *formica* de Avicena; *cystima herpes* de Young; *lepidosis herpes*, *cephlysis herpes* de Good; *herpes* de Sauvages, Linneo, Willan, Cazenave, Schedel, Rayer y Gibert; *herpes flictenoides*, *olophlyctides* de Alibert; *herpes miliar*, *ignis volaticus*, *sylvestris* de varios autores.

»DEFINICION. — Sin ocuparnos aqui (véase *Historia y bibliografía*) de las diferentes acepciones que se han dado por los antiguos, y por algunos modernos, á la palabra ἕρπης, diremos que Willan y la mayor parte de los dermatólogos no dan en la actualidad el nombre de *herpes*, sino á una *afeccion de la piel, comunmente aguda, caracterizada por una erupcion de vesículas de un volumen muy considerable, desarrolladas sobre una base inflamada, y reunidas constantemente en grupos, en términos de formar una ó varias chapas vesiculosas de forma variable, separadas entre sí por intervalos en que permanece sana la piel.*

»DIVISIONES. — Willan, Bateman, Cazenave, Schedel y Gibert, han establecido las seis especies herpéticas siguientes: 1.° *herpes flictenoides*; 2.° *herpes zoster*; 3.° *herpes circinnatus*; 4.° *herpes labialis*; 5.° *herpes præputialis*; 6.° *herpes iris*; Rayer ha añadido á esta division las tres especies siguientes: 7.° *herpes vulcaris*; 8.° *herpes auricularis*; 9.° *herpes palpebralis*.

»Alibert, cuyo género oloflictides, corresponde al género *herpes* de Willan, ha reunido afecciones que no tienen entre sí ninguna analogía. Este autor establece las divisiones siguientes: 1.° *oloflictides miliar* (*herpes flictenoides, circinnatus é iris*); 2.° *oloflictides volátil*, ó calor de la denticion, fuego volante de los niños; 3.° *oloflictides prolabial* (*herpes labialis*); 4.° *oloflictides progenial* (*herpes prepulialis et vulvaris*); 5.° *oloflictides hidroica* ó sudámina. El herpes zoster forma para Alibert un género distinto.

»El calor de la denticion de los niños y los sudámina no deben comprenderse bajo la denominacion de *herpes*; por consiguiente, los eliminaremos de este artículo, al paso que haremos entrar en él el zona, que no puede considerarse como una afeccion especial, y que no es mas en realidad que una variedad de herpes. Por lo mismo adoptaremos la division de Willan con algunas modificaciones. Describiremos primero el *herpes flictenoides*, que es la variedad que se presenta con caractéres mas generales, y que constituye por decirlo asi la forma típica de la enfermedad. En seguida estudiaremos los *herpes labialis*, *præputialis y vulvaris*, que constituyen otras tantas variedades en razon del asiento particular que ocupa cada uno de ellos; describiremos como variedades, relativamente á la *configuracion de las chapas vesiculosas*, el *herpes circinnatus*, y el *herpes zoster*; y en fin, terminaremos por el *herpes iris*, que presenta circunstancias enteramente particulares en cuanto á la coloracion del disco que rodea las chapas. Por lo demas, conviene que sepa el lector anticipadamente, que donde resalta la importancia de las divisiones anteriores, es en el estudio de los síntomas y del diagnóstico.

»ALTERACIONES ANATÓMICAS.—Rayer es el único que se ha ocupado de la parte anatomo-patológica de la cuestion, encontrando las alteraciones siguientes. La cantidad de serosidad derramada es á veces poco considerable, y una vez rotas las vesículas, se ve en la mayor parte de ellas una pequeña membrana falsa, muy adherida á la superficie de la red vascular de la piel. Esta red, de un encarnado vivo, cubierta de granulacioncillas formadas por las papilas, ofrece en ocasiones unos puntitos de color de violeta, sobre todo en las vesículas que contienen serosidad sanguinolenta. A veces son prolongadas las papilas, y nosotros hemos observado un caso en que los vasos que penetran al través de las areolas del dermis, estaban muy infiltrados en los puntos correspondientes á aquellos en que se habian desarrollado las vesículas. La seudo-membrana no existe ó es menos perceptible en las vesículas que se han hecho purulentas (Rayer,

Traité theorique et pratique des maladies de la peau, 2.ª edic., París, 1835; t. I, p. 339-340). Estas alteraciones han sido comprobadas en enfermos afectados de zona, y pertenecen quizá esclusivamente á esta variedad. «La olollictides miliar (*herpes flictenoides*), dice Alibert, tiene un asiento mas superficial: al parecer reside solo en los capilares venosos cutáneos; mientras que el zoster interesa esencialmente las papilas nerviosas del cuerpo mucoso tegumentario.» (*Monographie des dermatoses*, etc.; París, 1832, en 4.°, p. 90).

»Sintomatologia.— *Caractéres generales.*— A. *herpes flictenoides* (*herpes flictenoides*, *herpes miliar*, *oloflictides miliar* de Alibert, *herpes exedens* de Russel).— La erupcion puede venir precedida, durante dos ó tres dias, de algunos síntomas generales y gástricos, como fiebre, anorexia, sed, calor estomacal, meteorismo del vientre, estreñimiento (véase *Etiologia*). Rayer cita un enfermo que se quejó por espacio de dos dias de dolores vivos, semejantes á los del reumatismo ó la ciática, presentándose muy luego la erupcion en ambas piernas. Pero los casos de este género son escepcionales: generalmente el herpes solo va precedido de algunos síntomas locales, y de cierta desazon y fiebre, que desaparece en el acto de formarse las vesículas.

»Los prodromos locales, son casi constantes. Esperimenta el enfermo en las superficies cutáneas que han de ocupar las vesículas, una sensacion viva de prurito, calor, escozor y quemadura, seguida de la aparicion de unos puntitos rojos casi imperceptibles, reunidos en grupos, y en número muchas veces muy considerable, sobre una superficie irregular, cuya estension varia entre la de medio duro y la de la palma de la mano (Rayer). Algunas horas despues, ó lo mas tarde al dia siguiente, se distinguen unas vesículas trasparentes, resistentes al tacto, globulosas, y llenas de un líquido incoloro ó cetrino. La mayor parte de estas vesículas son muy pequeñas, y tienen apenas el volumen de un grano de mijo; pero algunas alcanzan las dimensiones de una lenteja, de un guisante grueso ó de una almendra, pareciendo resultar de la reunion de muchas vesículas confluentes. El número de las chapas vesiculares es muy vario: por lo regular se cuentan dos ó tres; pero pueden existir muchas, desarrolladas simultáneamente ó unas despues de otras, en diferentes partes del cuerpo, en las mejillas, el cuello, el pecho, los brazos, los antebrazos y las manos, que son su asiento mas frecuente, ó en las axilas, los miembros inferiores, el escroto, los oidos (*herpes auricularis* de Rayer), ó los párpados (*herpes palpebralis* del mismo autor): «rara vez dice Gibert (*Traité pratique des maladies speciales de la peau*, 2.ª edic.; París, 1839, página 153), ataca la erupcion una estension grande de la superficie del cuerpo, ó varias partes á un tiempo.» Sin embargo, Rayer ha visto un herpes flictenoides que ocupaba al mismo tiempo la nariz, los labios, los oidos, la parte anterior del pecho y las nalgas (loc. cit., p. 359).

»Cada mancha presenta un número considerable de vesículas. Cazenave y Schedel dicen que cada grupo está compuesto de seis ú ocho (*Abregé pratique des maladies de la peau*; París, 1838, 3.ª edic., p. 115). Rayer asegura que se cuentan por lo regular de doce á cincuenta (loc. cit., p. 355).

»La porcion de piel cubierta por las vesículas está roja, inflamada y tensa; la rubicundez se estiende comunmente algunas líneas mas allá de las vesículas. En los intervalos que separan las chapas vesiculares, está sana la piel, aunque sin embargo, presenta algunas vesículas ó pústulas aisladas.

»En algunos casos raros, se reabsorve el líquido contenido en las vesículas, y la enfermedad termina, digámoslo asi, por resolucion; pero generalmente se observan los siguientes fenómenos. Algunas horas, ó unos dos ó tres dias despues de la aparicion de las vesículas, se pone el líquido turbio y lactescente en las mas pequeñas, y oscuro y sanguinolento en las mas considerables; del tercero al sesto dia se deprimen las vesículas y se marchitan; y del sesto al décimo se rompen y dejan fluir un líquido amarillo, que se concreta en escamas delgadas ó en costras amarillas ó negruzcas, que se desprenden del décimo al duodécimo dia, dejando alguna vez ulceraciones superficiales en el sitio que ocupaban.

»Despues de terminada la descamacion, las porciones de piel que han estado cubiertas de vesículas, conservan durante algun tiempo un tinte rojo, amarillo y lívido, que indica el asiento que ocupaba la enfermedad. Frecuentemente, la comezon mas ó menos viva que ha acompañado á la erupcion en todos sus períodos, persiste todavia en los puntos afectos algun tiempo despues de la curacion. Este síntoma es muy marcado en una de las variedades del herpes (véase *herpes zoster*).

»B. *Variedades de asiento.*—1.° *Herpes labialis.*—*Erupcion de los labios*, *exantema labial*, *hidroa febrile* de José Frank; *oloflictides prolabial* de Alibert.—En algunos casos, despues de una sensacion de calor, de escozor y tension que ha durado muchas horas, y á veces de repente, se ven aparecer cinco ó seis vesículas, cuyo mayor tamaño es el de un guisante; la parte que cubren está encendida, reluciente, dolorida y tumefacta, aun mas allá del grupo vesiculoso. La erupcion suele ocupar el labio inferior, desarrollándose, ya al nivel del punto de union de la mucosa labial con la piel, ó ya sobre esta y la mucosa aisladamente: tambien puede tener su asiento en el labio superior, ó en una de las comisuras. A veces se estienden los grupos hasta las mejillas, la barba, ó las alas de la nariz: «He visto, dice Rayer, al *herpes labialis* ocupar la boca y la bóveda palatina.» En estos diferentes casos, no

creemos deba conservarse á la enfermedad el nombre de *labialis*.

»Despues de la formacion de las vesículas se observa la série de fenómenos que hemos indicado, pero sucediéndose con mas rapidez: las vesículas se enturbian á las veinticuatro horas, se rompen del cuarto al quinto dia, y del sétimo al octavo caen las costras. Cuando el enfermo las arranca antes de aquella época, son reemplazadas por costras mas tenaces. Del octavo al décimo dia desaparecen los vestigios de la enfermedad, y no queda rubicundez ni comezon.

»2.º *Herpes preputialis.* (*Aphtæ, ulcuscula præputii, oloflictides progenital* de Alibert).—Aparecen una, y rara vez dos ó tres manchas encarnadas, cuyas dimensiones varian entre la de un realito y la de un duro, y que son asiento de un prurito muy intenso; las cuales van seguidas de la formacion de cinco ó seis vesículas, que ofrecen diferentes fenómenos segun el asiento de la erupcion.

»Cuando estas vesículas se desarrollan sobre la cara esterna ó cutánea del prepucio, presentan una base ligeramente inflamada, son trasparentes y distintas; se reabsorve comunmente el líquido que contienen, y en el caso contrario se forman unas costritas desde el cuarto al quinto dia, se efectúa su descamacion, y queda terminada la enfermedad al sétimo ú octavo.

»Cuando la erupcion ocupa la cara interna ó mucosa del prepucio, es mucho mas viva la inflamacion, mas considerables las vesículas y reunidas de dos en dos ó de tres en tres; el líquido, que nunca se reabsorve, pasa al estado purulento; las vesículas se rompen al tercero ó cuarto dia y algunas veces antes, y el epitelium se desprende dejando descubierta la red vascular inflamada. Cuando se forman escamas, caen al cabo de poco tiempo y son reemplazadas por ulceritas superficiales, cubiertas á veces de una exudacion blanquecina, con los bordes ligeramente elevados. Abandonadas estas ulceraciones á sí mismas, suelen persistir algun tiempo (de ocho á quince dias), y hacerse cada vez mas profundas; en cuyo caso, y á pesar de lo que dice Rayer, sobrevienen con frecuencia infartos de los gánglios linfáticos de las íngles; complicacion que hemos tenido varias ocasiones de observar, que ha sido tambien indicada por Evans, y cuyo término ordinario es la resolucion.

»En las lecciones clínicas de Biett, se encuentra la descripcion de un *herpes præputialis crónico*, que nosotros nunca hemos observado, y cuyos caractéres solo hemos podido hallar en la obra de Cazenave y Schedel, de quienes tomamos el pasage siguiente:

»Se hacen cada vez mas frecuentes las erupciones, y la inflamacion invade lentamente las capas profundas; se pone el prepucio mas duro y difícil de plegar, en términos que los movimientos algo estensos lo lastiman y desgarran; al cabo de cierto tiempo llega á estrecharse tanto su orificio, que solo queda el espacio indispensable para el paso de la orina, y aun dispuesto de manera que la abertura del prepucio no corresponde esactamente al meato urinario; de donde resulta un flujo incómodo, que irrita constantemente las partes enfermas, y un fruncimiento de la estremidad prepucial, que está como encogida. En algunos enfermos es menos marcada la estrechez, y está libre el meato urinario; pero se encuentra como adelgazada la estremidad del prepucio, y tan dura y cartilaginosa, que forma un anillo fijo cuya resistencia es invencible; de modo que si se trata de descubrir con fuerza una parte del glande, se determina en toda la circunferencia de este anillo, grietas sumamente dolorosas» (ob. cit., p. 121-122).

»3.º *Herpes vulvaris* (*herpes prævaginalis, oloflictides progenial* de Alibert).—Tambien suelen desarrollarse en las mujeres vesículas semejantes á las del herpes prepucial, ora en la cara interna ó esterna de los grandes labios, ora en las partes superiores é internas de los muslos, ora en fin hácia la comisura de los grandes labios, el periné ó la cara interna de las nalgas. La única particularidad que esta variedad ofrece, es que bajo la influencia de circunstancias que indicaremos mas adelante (véase *Etiologia*), dura mucho tiempo la erupcion, y se renueva con frecuencia.

»C. *Variedades de forma.*—1.º *Herpes circinnatus* (*anillo herpético, oloflictides miliar* de Alibert, Ringworm).—En esta variedad se ven aparecer sobre cualquier parte del cuerpo, pero especialmente en los brazos, en los hombros, en el pecho, y sobre todo en el cuello y la cara, un número mas ó menos considerable de manchas encarnadas, redondas, y á veces ovaladas, de media á dos pulgadas de diámetro. En las manchas de corta dimension es la rubicundez mucho menos viva en el centro que en la circunferencia; en las mas considerables permanece la piel perfectamente sana en el centro, y la mancha está formada entonces por una faja encarnada, cuyas estremidades se reunen, y que por lo regular es muy ancha relativamente á la porcion de piel sana que circuye. No pasa mucho tiempo sin que sobre estas manchas, que son asiento de una comezon muy viva, se desarrollen vesículas globulosas, comunmente muy pequeñas é inmediatas entre sí, las cuales no ocupan nunca mas que una parte de la circunferencia del círculo, sin que ni una sola se desarrolle en el centro. La rubicundez, que por lo demas es poco intensa, sobresale una ó dos líneas de la faja vesicular en su parte esterna é interna. «Esta es, dice Gibert, la variedad que va acompañada de un grado mas leve de inflamacion, y cuyas vesículas son mas pequeñas.»

»Las vesículas siguen su marcha acostumbrada, aunque con tanta rapidez, que la descamacion termina comunmente al cabo de ocho ó

diez dias. En muchos casos, principalmente en las chapas de cortas dimensiones, se reabsorve el líquido de las vesículas; estas se secan y deprimen, y la erupcion termina por una esfoliacion casi insensible del epidermis.

»2.º *Herpes zoster* (*fuego de San Antonio*, *fuego sacro*, *ignis sacer*, *erisipela pustulosa*, *zona*, *zona repens*, *zona serpiginosa*, *herpes flictenoides en zona* de Alibert).—El herpes zoster está constituido por grupos vesiculosos de estension variable, ora muy inmediatos, ora bastante distantes entre sí, separados por intervalos en que la piel está perfectamente sana, y dispuestos en términos de formar una especie de faja ó ceñidor semicircular (ζωνη, ceñidor), de tres á cuatro dedos de ancho, el cual ocupa solo una mitad del cuerpo, y termina por delante y detrás en la línea media: «Nunca existe el zona en los dos lados á un tiempo, dicen Cazenave y Schedel; pues cuando tal sucede, no se diferencia del herpes flictenoides, al cual deben referirse las observaciones de zona, formando un ceñidor completo» (ob. cit., p. 125-126). De Haen habia establecido ya esta ley: «Hac tamen perpetua lege, ut ab anteriore parte nunquam lineam albam, nunquam à postica spinam (phlytænæ), transcederint» (*Thésis de febr.*, div. IV, §. 7, p. 112).

»La forma que acabamos de indicar es muy marcada cuando la erupcion se ha desarrollado en el tronco; pero suele no serlo tanto cuando la enfermedad tiene otro asiento. Hé aquí las principales disposiciones que se han observado respecto de este punto.

»El asiento mas frecuente del zona es: segun J. Frank el tórax; la base de este, segun Cazenave y Schedel, y las paredes del abdómen segun Rayer. Nuestras observaciones personales confirman esta última asercion. La zona vesicular es generalmente oblícua, y se estiende, cuando ocupa el abdomen, desde la línea alba al espinazo. En el pecho, en el cuello, y en la piel del cráneo, nunca pasa de la línea media; estendiéndose, por ejemplo, desde la parte media del esternon, hasta las vértebras dorsales, desde en medio de la laringe, hasta en medio de la nuca, etc. Rayer dice haber visto al zona ocupar un lado de la piel del pene y del escroto.

»En ocasiones ocupa el zona el tronco y uno de los miembros: «empieza frecuentemente en la region lumbar inferior y posterior, y va á rodear oblícuamente la region iliaca anterior y esterna, hasta llegar á la ingle y terminar en la parte interna del muslo; ó bien principiando en la parte media y superior de la espalda, asciende á la posterior y anterior del hombro, y viene á terminar al borde interno del brazo, acompañándolo á veces hasta el borde cubital de la mano. Tambien se ve en algunos casos salir de una misma media zona dos líneas, de las cuales una se estiende á lo largo del miembro inferior, y otra sube á lo largo del brazo» (Cazenave y Schedel, loc. cit., página 124). En efecto, todos los autores hablan de un zona *perpendicular*, *vertical*, *paralelo al eje de un miembro*; pero es necesario entenderse: no hay duda que puede admitirse semejante disposicion, cuando formando el zona un medio ceñidor sobre el tronco, envia una prolongacion á uno de los miembros, bajo la forma de una faja vesiculosa, mas ó menos paralela á su eje; pero cuando esta faja existe aislada, no puede considerarse la erupcion como un *zona*, puesto que la condicion esencial de este es presentar la *forma* á que debe su nombre. Otro tanto diremos de esas erupciones que ocupan la mitad (Marius, *Entwurf einer speciellen therapie*; t. II, p. 213), ó todo el cuerpo (Turner, *On diseases of the skin*; cap. V, p. 80), á que se ha dado impropiamente el nombre de *zona*.

»J. Frank ha visto un zona, que se estendia desde el pabellon de la oreja hasta en medio de la nariz: á veces ocupa la erupcion una mitad de la cara, y se propaga hasta la boca, invadiendo solo la mitad correspondiente de esta.

«En diez y nueve casos de veinte, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 125), ocupa el zona el lado *derecho* del cuerpo, sin que pueda esplicarse esta singular predileccion»; pero por otra parte, Frank y Reil (*Erkenntiss und cur der fieber*; t. V, p. 293) aseguran que el zona afecta con mas frecuencia el lado *izquierdo*. En veinticinco observaciones reunidas por Mehlis (*Commentatio de morbis hominis dextri et sinistri*; Goetinga, 1818) ocupaba la erupcion diez y seis veces el lado izquierdo, y nueve solamente el derecho. En la primera edicion de su obra habia asegurado Rayer, que entre diez casos de zona, ocho se observaban en el lado derecho del cuerpo; pero en la segunda declara que de cincuenta y tres casos observados por él, solo treinta y siete se habian desarrollado á la derecha; de donde deduciremos con este médico «que el cálculo de estas proporciones no ofrecerá resultados ciertos, si no se hace sobre una base mucho mas estensa» (Rayer, loc. cit., p. 332).

»Los autores refieren ejemplos de zona doble. «Un zapatero de veintisiete años de edad, fue admitido el 24 de setiembre de 1818 en la clínica de Wilna, para curarse de un zona que ofrecia dos segmentos, uno que partiendo de las primeras apófisis espinosas de la espalda, se estendia sobre el hombro izquierdo y bajo la axila del mismo lado, hasta la parte media del esternon, y otro mas bajo, que recorria un camino análogo en el lado izquierdo, quedando entre los dos un espacio de tres pulgadas enteramente libre» (José Frank, *Pathologie interne*, edicion de la *Encyclop. des sciences méd.*; París; 1837, t. II, p. 233).

»Estudiemos ahora los síntomas del herpes zoster.

»El zona se desarrolla á veces de pronto; pero mas comunmente va precedido, durante dos ó tres dias, de prodromos variables en su

intension, como amargor de boca, náuseas, vómitos, sed viva, anorexia, cefalalgia, disnea, ansiedad, desazon general, postracion, lipotimias, frecuencia de pulso, y calor febril. Muy luego se manifiestan en la region cutánea que debe ocupar la erupcion, escozor, dolores lancinantes, punzadas, hormigueo, una sensacion de quemadura y prurito, seguidos de la aparicion de manchas irregulares, de un encarnado vivo, mas ó menos distantes entre sí, y en ocasiones numerosas, formando reunidas una superficie cuya figura varia en los límites que hemos indicado. «A veces principian las manchas en las estremidades del zona, y se reunen por medio de erupciones sucesivas. En general las que empiezan y terminan esta especie de cadena, son mas anchas y presentan una forma regularmente redondeada; al paso que son mas pequeñas las chapas comprendidas entre ellas» (Cazenave y Schedel).

»Al cabo de algunas horas, ó cuando mas de un dia, se presentan encima de estas chapas unas vesiculitas blanquecinas, como plateadas y trasparentes, que tienen el volumen, el aspecto y la forma de perlas pequeñas, y que se aumentan incesantemente por espacio de tres ó cuatro dias, en cuyo tiempo adquieren su máximum de desarrollo, igual al de una lenteja ó al de un guisante grueso. En ocasiones se reunen muchas vesículas, y forman verdaderas ampollas, que segun José Frank, pueden adquirir las dimensiones de una nuez y aun la de un huevo de paloma. Las chapas son de un encarnado vivo, y esceden algunas lineas los bordes del grupo vesicular.

»En algunos casos raros se absorve al quinto ó sesto dia el líquido contenido en las vesículas, terminando del sétimo al octavo la enfermedad por una ligera esfoliacion epidérmica. Pero comunmente no sucede asi: del cuarto al sesto dia disminuye la rubicundez, deprimiéndose y vaciándose las vesículas; el líquido que contienen se pone turbio, negruzco, seropurulento y aun purulento; las vesículas se rompen y son reemplazadas por costritas amarillas ó negruzcas, que se caen al cabo de algunos dias, terminándose comunmente la descamacion del décimo al décimoquinto, sin que se distinga ya en esta época otra cosa que unas manchas encarnadas oscuras, que persisten generalmente uno ó dos septenarios.

»Tal es la marcha que sigue en su desarrollo cada grupo vesicular. Pero como las chapas del zona aparecen comunmente de un modo sucesivo, resulta que suelen presentarse nuevas vesículas en un punto de la superficie afecta, mientras que en otro está ya casi terminada la descamacion.

»El zona va acompañado muchas veces en toda su duracion, de dolores locales muy agudos, contínuos, ó que se reproducen por accesos. «Los individuos atacados de esta afeccion dolorosa, se quejan de una sensacion semejante á la que produciria un ceñidor de fuego, un garfio ó un cuchillo que desgarrasen sus carnes; «*herpes præcordia exedens*, dice Tulpio: esta sensacion, añade Darwin, recuerda al buitre devorando las entrañas de Prometeo» (Alibert, loc. cit., p. 60). Rayer vió un zona abortado ó *incompleto*, cuyo principal caracter consistia en estos dolores. Un enfermo que presentaba un solo grupo de vesículas por debajo del omoplato, se quejaba al mismo tiempo de un dolor muy agudo, limitado esclusivamente al lado izquierdo del pecho, y que se estendia *en forma de faja* desde la columna vertebral al esternon (loc. cit., p. 335). Muy frecuentemente, aun despues que ha desaparecido todo vestigio de la erupcion, persisten estos dolores con la misma intension durante un tiempo variable y á veces muy largo, en las partes en que tuvo su asiento la enfermedad. Alibert vió á un hombre que esperimentaba un prurito insoportable en los puntos donde habian existido las vesículas, y á una jóven que seis meses despues de su curacion sentia un dolor lancinante, mas incómodo que el que habia sufrido en los primeros tiempos de la erupcion. Estos dolores lancinantes profundos, y á veces intolerables, dice Gibert, pueden persistir muchos meses y aun años en la region del cuerpo que ha sido asiento del zona.

»Empero las diferentes aserciones que acabamos de reproducir, nos parecen llenas de exageracion y demasiado generales: en efecto, el zona suele dejar en pos de sí dolores muy incómodos; pero es raro que sean demasiado agudos, ni que se prolonguen mas de dos ó tres septenarios. Ademas, creemos poder afirmar que en la gran mayoria de los casos solo acompaña al zona un dolor leve, que desaparece pocos dias despues de la descamacion.

»Pero esta afeccion puede dar lugar á accidentes mas graves que los que hemos enumerado. En las personas de edad avanzada, de mala constitucion, debilitadas por la miseria ó por enfermedades anteriores, suelen las vesículas adquirir un volumen considerable, romperse en poco tiempo, y dejar úlceras mas ó menos profundas y dolorosas, que pueden tardar mucho en cicatrizarse, y que al cabo son reemplazadas por cicatrices marcadas é indelebles. Pero es preciso no confundir estas úlceras, que se desarrollan evidentemente bajo la influencia de una causa general, con las escoriaciones, que en individuos jóvenes y colocados en buenas condiciones, suelen presentar las chapas que ocupan las regiones posteriores del cuerpo: estas últimas son mucho mas superficiales, tienen buen aspecto, son producidas por el roce de las partes enfermas con las ropas, y no tienen otro inconveniente que prolongar la enfermedad algunos dias (de dos á tres septenarios).

»Finalmente, se ha visto alguna vez á la gangrena invadir las chapas cubiertas por las vesículas: en tal caso las escaras interesan una parte ó la totalidad del espesor de la piel, y se

desprenden con mas ó menos rapidez; es lenta la curacion, y deja cicatrices análogas á las de las quemaduras profundas. Muy mal apreciaríamos los fenómenos morbosos que acompañan á estos accidentes, si nos contentáramos con decir como Rayer: «A veces la piel, cubierta de vesículas, es atacada en la parte posterior del tronco, de gangrena ó de reblandecimiento, ya por efecto de la inflamacion, ya á consecuencia de la compresion que sufre esta parte en el decúbito supino» (loc. cit., p. 334); porque la gangrena invade igualmente las chapas vesiculosas colocadas en la parte anterior del tronco, y se desarrolla en medio de circunstancias que demuestran que sus causas son comunmente generales (Véase el artículo GANGRENA EN GENERAL, t. I).

»D. *Herpes iris.*—Esta variedad es muy rara, y no habia sido descrita antes de Bateman. Se presenta un número comunmente muy considerable de manchitas rojas y circulares, del tamaño de una peseta, sobre cada una de las cuales no tardan en aparecer cuatro anillos ó discos concéntricos de diferentes colores, que van adquiriendo sucesivamente de dos hasta ocho líneas de diámetro: el primero, contando desde el centro hácia la circunferencia, es de un encarnado oscuro; el segundo de un blanco amarillento, y el tercero, que es comunmente el mas estrecho, de un encarnado subido. Finalmente, el cuarto ofrece un color sonrosado, que se confunde con el natural de la piel circunyacente. Empero estos matices no siempre se presentan tan marcados.

»Sobre la porcion de piel rodeada por el primer disco se desarrolla del segundo al tercer dia una vesícula central aplanada, alrededor de la cual no tardan en presentarse otras mas pequeñas, dispuestas en forma de anillo, las cuales pueden cubrir todos los discos, pero no se estienden comunmente mas allá del primero.

»Es muy frecuente que al cabo de algunos dias se reabsorva el líquido contenido en las vesículas, y termine la enfermedad por una ligera descamacion; en otros casos se enturbian las vesículas, se hacen mas prominentes los discos, se derrama el líquido, y forman costras superficiales que se caen del décimo al duodécimo dia.

»El herpes iris se presenta en todas las partes del cuerpo; pero ocupa con preferencia la cara, el cuello, el olecranon, la cara dorsal, y á veces la palma de las manos, los dedos, los tobillos y los maleolos.

»CURSO Y DURACION DEL HERPES.—Considerando el herpes de una manera general, puede decirse que constituye una enfermedad aguda, de marcha regular, y cuya duracion no pasa nunca de uno á dos septenarios, esceptuando los casos en que se forman úlceras (*herpes præputialis y zoster*), ó escaras gangrenosas (*herpes zoster*).

»Los autores han citado algunos casos de herpes *crónico* (*herpes præputialis, vulvaris, zoster*); pero no han considerado, á nuestro modo de ver, bajo su verdadero punto de vista los hechos en que se apoyan. Es sin duda muy frecuente ver al herpes *præputialis* y al *vulvaris*, presentarse muchas veces en un mismo individuo, con intervalos mas ó menos inmediatos; pero la erupcion sigue siempre su curso ordinario; *termina en la curacion al cabo de un tiempo dado*, y estas renovaciones no constituyen un caso de cronicidad, sino una série de *recidivas*, cuya razon se encuentra casi siempre en la persistencia de las causas que produjeron la primera erupcion.

»TERMINACION.—La curacion es la terminacion constante de los herpes. Una sola escepcion debe hacerse á esta ley, y es relativa al herpes zoster: en efecto, se han visto algunos enfermos sucumbir á consecuencia de las escaras gangrenosas que se presentan á veces en esta variedad. Rayer vió un ejemplo de esta terminacion funesta, y Emery recogió otro en sus salas del hospital de San Luis.

»COMPLICACIONES.—El zona es la única forma de herpes en que los autores han solido hallar complicaciones. Se ha visto al zona del torax acompañado de un infarto de los ganglios axilares, de pleuresia ó de bronquitis, y al zona de los miembros inferiores producir el infarto de los ganglios inguinales. Los dolores que quedan muchas veces despues de curada la erupcion, se han atribuido á neuralgias (neuralgia de los nervios intercostales en el zona del torax, de los nervios lumbares en el del abdomen, del nervio crural ó del ciático en el zona de los miembros abdominales, etc.), añadiendo que precedian siempre al desarrollo de la afeccion vesiculosa (véase *Etiologia*). «El zona, dice Rayer, casi nunca es una afeccion enteramente simple.... Entre los desórdenes interiores que pueden asociarse ó coincidir con esta inflamacion de la piel, son tal vez los mas frecuentes los del estómago é intestinos. Los fenómenos precursores del zona indican comunmente un desórden anterior de los órganos digestivos; desórden que suele persistir muchos dias despues del completo desarrollo de la erupcion» (loc. cit., p. 338). Estas proposiciones han sido impugnadas por otros médicos. «Hemos tenido ocasion, dicen Cazenave y Schedel, de observar en el hospital de San Luis gran número de zonas, y nunca le hemos visto acompañado de ese aparato de síntomas gástricos que gratuitamente se le atribuyen.... En mas de quinientos ejemplos de zona que ha visto Biett tampoco ha hallado nunca los graves accidentes de que hablan dichos autores» (loc. cit., p. 128). Somos enteramente de esta opinion: no hay duda que casi todos los dermatólogos, copiándose unos á otros, han insistido en las coincidencias que suponen existir entre las afecciones gástricas y las enfermedades de la piel; pero estas aserciones no se hallan justificadas por los hechos, y por nuestra parte po-

demos asegurar que los resultados de un número considerable de observaciones que hemos tenido á la vista, no nos dejan duda alguna respecto de este punto, que tan importante es para la terapéutica (véase *Enfermedades de la piel en general*), y que la citada coincidencia no es mas positiva respecto del zona en particular, que relativamente á las afecciones cutáneas consideradas en general.

»Diagnóstico. — Difiere el diagnóstico del herpes en las diversas variedades de la enfermedad. Por consiguiente vamos á establecerle respecto de cada una en particular, advirtiendo antes de todo que no es fácil confundirlas entre sí, puesto que el herpes iris tiene caractéres marcados que le corresponden esclusivamente, y las demas variedades estan rigorosamente determinadas por el asiento y forma de la erupcion.

»1.° *Herpes flictenoides.*—El *eczema* puede presentarse bajo la forma de vesículas dispuestas en grupos; pero son menos elevadas, mas encendidas, menos trasparentes, mas confluentes; se rompen con mas prontitud, y son mas estensas las superficies vesiculosas. Cuando la enfermedad dura mas de dos ó tres septenarios, no sigue un mismo curso en ambas afecciones. En el eczema depende la prolongacion de la reproduccion de las escamas, y es muy raro que se formen algunas vesículas miliares nuevas; y por el contrario en el herpes, la prolongacion se debe á recidivas, es decir, á erupciones sucesivas de vesículas.

»*Sarna.*—«He visto muchas veces, dice Gibert (loc. cit., p. 160), á prácticos distinguidos confundir el herpes flictenoides con la sarna.» Apenas puede concebirse que se cometa semejante error. Las vesículas de la sarna son mas pequeñas, *aisladas*, ocupan principalmente la cara interna de las muñecas, los dobleces del brazo y la axila; la falta ademas del *acarus scabiei* y de surcos en el herpes no puede dejar ninguna duda.

»*Penfigo.* — El herpes flictenoides podria confundirse con el penfigo, pues por una parte son á veces considerables las vesículas del primero, y por otra hay casos en que son relativamente pequeñas las del último; pero las ampollas del penfigo son comunmente aisladas, se desarrollan con rapidez y sucesivamente, ó á un tiempo mismo, en varias partes del cuerpo; se deprimen y secan en uno ó dos dias, y por último, no van nunca acompañadas de vesículas.

»2.° *Herpes labialis.* — No puede confundirse esta especie de herpes con el *eczema de los labios*, que por otra parte es muy raro, y en el cual las vesículas, mucho mas pequeñas y numerosas, ocupan una superficie mas estensa.

»3.° *Herpes præputialis.*—Cazenave y Schedel se admiran de que el herpes præputialis haya podido confundirse con una afeccion venérea. «Cuando es todavia vesiculoso, dicen estos autores, le son aplicables todos los caractéres genéricos del herpes, y no puede quedar ninguna duda. Cuando está cubierto de escamas, nadie tomará estas escamas delgadas y aplanadas por las costras prominentes y gruesas de la sífilis. Últimamente, si deja escoriaciones, son enteramente superficiales, estan á un mismo nivel en el centro y en la circunferencia, y no pueden de modo alguno confundirse con las úlceras sifilíticas, notables por su profundidad, por sus bordes duros y elevados, por la capa blanquecina que las cubre, etc. Para evitar este error, basta saber que la úlcera venérea de Hunter no empieza por una vesícula, sino por rubicundez, por una verdadera inflamacion ulcerosa» (loco citato, página 122-124).

»No hay duda que es imposible equivocarse en las circunstancias que suponen Cazenave y Schedel; pero cuando el herpes no es vesiculoso, ni el enfermo puede decir si existieron vesículas al principio de su afeccion, es tanto mas fácil engañarse, cuanto que las úlceras herpéticas, cuando el prepucio está accidentalmente inflamado, son á veces mas profundas en el centro, y estan cubiertas de una película blanquecina, y cuanto que por otra parte, las úlceras venéreas *recientes* no tienen todos los caractéres anteriormente indicados. *La disposicion de las úlceras en grupos como los de las vesículas que les han dado orígen*, es sin duda un caracter importante, pero no siempre se puede comprobar, porque las úlceras herpéticas se reunen algunas veces á consecuencia de una ligera inflamacion, producida por el roce ó por la aplicacion de tópicos irritantes. En los casos de este género, el curso ulterior de la enfermedad es el único que puede aclarar el diagnóstico; y lo mejor que debe hacer el práctico, es no dar inmediatamente su dictamen. Si al cabo de algunos dias, y bajo el influjo de tópicos emolientes ó de una ligera cauterizazion (véase *Tratamiento*), se cicatrizan las úlceras, no puede admitirse la naturaleza venérea de la enfermedad; mas por el contrario, si persisten, se estienden, y toman los caractéres de la úlcera venérea, está demostrada su especificidad. Hemos insistido en estos pormenores, porque hemos visto á prácticos distinguidos cometer por precipitacion errores funestos para el amor propio del médico, y nocivos para el enfermo, puesto que su resultado, es retardar indebidamente ó prescribir sin necesidad el tratamiento anti-venéreo.

»4.° *Herpes vulvaris.*—El herpes vulvaris solo se puede confundir con el *eczema*; pero ya hemos indicado los caractéres diferenciales que distinguen estas dos afecciones.

»5.° *Herpes circinnatus.* — Aunque Cazenave y Schedel enumeran los caractéres diferenciales que separan al herpes circinnatus de la lepra vulgar y del porrigo scutulata, nos parece tan difícil, por no decir imposible, confundir estas dos enfermedades, que no estableceremos aqui su diagnóstico.

»6.° *Herpes zoster.*—«No puede confundirse esta afeccion con otra, pues su naturaleza vesiculosa y su forma de medio ceñidor, son dos síntomas que no permiten equivocacion alguna» (Cazenave y Schedel). En efecto, es casi imposible desconocer el zona, y no hay necesidad de repetir con algunos autores, que en la erisipela son mas considerables la tumefaccion, el calor y la rubicundez, tienen mayor tamaño las ampollas, y no se observa la forma semicircular; que en el penfigo son las ampollas mas anchas, solitarias, diseminadas por diferentes partes del cuerpo, no dispuestas en zona, etc.

»7.° *Herpes iris.*—Inútil es decir que no puede confundirse el herpes iris con la roseola de múltiples anillos, puesto que en esta no existen nunca vesículas.

»Pronóstico. — El pronóstico, cualquiera que sea la variedad herpética á que se aplique, nunca es grave, esceptuando los casos en que el zona va seguido de úlceras profundas ó de gangrena, en cuyo caso puede temerse una terminacion funesta; la cual aun asi, es muy rara, puesto que entre muchos centenares de casos de zona tratados por Rayer, solo cinco ó seis terminaron en la muerte, y estos recayeron constantemente en viejos.

»Etiologia. — *Causas predisponentes.*— El herpes se desarrolla en general en personas adultas, siendo el zona la única variedad que se encuentra en las dos épocas estremas de la vida, es decir, en los viejos y en los niños. Se ha querido suponer que el herpes circinnatus es mas frecuente en las mujeres que en los hombres, al paso que se verifica lo contrario en el zona; pero esta asercion no se apoya en datos suficientes. Tambien se ha dicho que el herpes, como la mayor parte de las enfermedades cutáneas, se presentaba principalmente en las personas rubias, de piel fina y blanca. El zona es al parecer mas comun en verano y otoño que en las demas estaciones, y aun suponen algunos que se trasmite por herencia; pero estas proposiciones son cuando menos aventuradas.

»*Causas determinantes.*—Todos los autores convienen en que reina la mayor oscuridad respecto de las causas que producen las diferentes variedades de herpes. Unos creen que son desconocidas; otros las refieren á un *desórden interior*, *á las causas generales de las enfermedades herpéticas*, ó al *vicio herpético*; lo cual equivale á confesar de otro modo su ignorancia. Ya hemos esplicado nuestro modo de considerar la opinion de que son causas de herpes las afecciones gastro-intestinales.

»No pretendemos nosotros ciertamente, que en todos los casos sea posible determinar la influencia que produce el desarrollo de los herpes. Oscura es, por ejemplo, en esos herpes labiales que se manifiestan despues de los accesos de una fiebre intermitente, despues de una fiebre efímera, ó en el curso de una flegmasia torácica; en los herpes, y especialmente en las zonas que se desarrollan sin que sea posible asignarles ninguna especie de causa; pero creemos que tanto en estos casos como en la mayor parte de las afecciones cutáneas (véase *Enfermedades de la piel en general*), hacen un papel importante las causas esternas y los irritantes locales. El *herpes præputialis* es casi siempre producido por el roce que ejercen en el pene los vestidos, por el desaseo, por la acumulacion de la materia sebácea que se forma entre el prepucio y el glande, por los escesos del cóito, ó por la desproporcion entre el volumen del pene y la vagina, cuando esta es relativamente muy estrecha. Tambien son causas muy frecuentes de esta variedad herpética, el roce ejercido en la vagina por algunos pelos introducidos por el pene, las relaciones sexuales con una mujer que tenga sus reglas, ó flores blancas abundantes, irritantes y ácres, y la masturbacion. El *herpes vulvaris* es producido comunmente por la equitacion, por los flujos menstruos y leucorréicos en las mujeres que no se lavan con frecuencia, ó por las causas que acabamos de enumerar. Las variedades herpéticas que ocupan la cara (*herpes flictenoides*, *circinnatus*) reconocen las mas veces por causas determinantes manifiestas: la impresion del frio, los cambios repentinos de temperatura, las unturas ó lociones hechas con pomadas, líquidos, ó cosméticos irritantes. El *herpes labialis* suele ser debido á estas mismas causas, al uso de bebidas ó alimentos irritantes y demasiado calientes, ó al contacto de vasos sucios.

»Tratamiento.—«El herpès, dice Gibert, recorre generalmente con regularidad y prontitud sus diversos períodos, y ejercen en él muy poca influencia los auxilios del arte; de modo que apenas puede usarse en esta enfermedad mas medicina que la espectante» (loc. cit., página 160). Esta proposicion es enteramente exacta: las lociones, los tópicos emolientes y los baños tibios, son generalmente mas nocivos que útiles; su uso no hace mas que retardar la desecacion del mal; las únicas aplicaciones locales á que puede recurrirse con ventajas, son las del agua fria, sola ó adicionada con sustancias astringentes, como el sulfato de zinc ó de cobre, el alumbre, el borato de sosa, ó el acetato de plomo.

»Cuando la inflamacion local es intensa, y la rubicundez muy pronunciada, estendiéndose mucho mas allá de las chapas vesiculosas, y va acompañada de dolores violentos, son útiles las emisiones sanguíneas, debiendo aplicarse sanguijuelas en número mas ó menos considerable, segun la estension de la enfermedad, alrededor de las chapas y de los puntos mas doloridos, ó recurriendo á la sangria general si el enfermo es jóven y pletórico. Por lo demas, los síntomas que indican el uso de las emisiones sanguíneas, pertenecen casi esclusivamente al zona.

»Algunos autores han preconizado los vomitivos y purgantes para el tratamiento del herpes zoster; pero Rayer, que admite relacio-

nes íntimas entre el zona y las afecciones gastro-intestinales, declara que de nada le han servido tales remedios: «He visto administrar, dice este médico, y ensayado por mí mismo algunos años hace el emético al principio del zona, cuando iba acompañado de síntomas gástricos, y puedo asegurar que han persistido estos sin ninguna modificacion ventajosa..... mejores resultados he obtenido con el método puramente espectante» (loc. cit., p. 344).

»Cuando se prolonga la enfermedad despues de rotas las vesículas, una ligera cauterizacion con el nitrato de plata acelera la cicatrizacion y constituye el remedio mas eficaz á que puede recurrirse. Hállase probada muy especialmente su utilidad en el herpes præputialis, y en el zona con tendencia á la ulceracion y á la gangrena.

»Serres y Velpeau (*Nouv. bib. méd.*, t. IV, p. 435) han preconizado la cauterizacion como método abortivo del zona. Para ponerle en práctica aconsejan dividir las vesículas desde su aparicion, y cauterizar su fondo: pero este método llamado *ectrótico*, ha sido juzgado con diversidad. Rayer, que lo esperimentó cuidadosamente, dedujo las siguientes consecuencias: 1.º si despues de abrir ó escindir las vesículas se toca ligeramente su interior con el nitrato de plata, en términos de producir solo una costrita muy superficial como se practica comunmente en las aftas, se disminuye la duracion del zona; pero al contrario, se prolonga esta cuando la cauterizacion se hace con descuido y es demasiado profunda; 2.º las vesículas competentemente cauterizadas, no van seguidas con tanta frecuencia de escaras ó de escoriaciones, como las que se abandonan á sí mismas, sobre todo en los viejos, y cuando están situadas en la parte posterior del tronco. 3.º Este método, del cual puede prescindirse en el zona leve y discreto, debe emplearse siempre que haya temor de que se formen uno ó muchos grupos de escoriaciones ó escaras en el tronco, en la cara, etc. 4.º Tocando ligeramente la superficie de las manchas rojas que preceden á las vesículas, y especialmente las que aparecen despues de los primeros grupos, se contiene casi siempre el desarrollo de estos, aunque sin modificar los dolores agudos que los acompañan (loc. cit., p. 345-346).

»Hemos ensayado en varios enfermos una medicacion abortiva, que consiste en la aplicacion del emplasto de Vigo con mercurio sobre las vesículas nacientes del zona. Los autores que han recurrido al mismo método afirman haber evitado el desarrollo de la afeccion; y nuestra esperiencia personal nos ha proporcionado los resultados siguientes. Se sujetaron á la medicacion abortiva tres enfermos de una sala del hospital de la Caridad que estaba á nuestro cargo. El primero era un individuo jóven y robusto, que se habia presentado á la consulta esterna, pidiendo remedio para un herpes incipiente entonces, que consistia en un grupo considerable de vesículas y flictenas, situado en la piel que cubre el ángulo superior é interno del omoplato izquierdo; otro menos estenso desarrollado en el borde posterior de la axila, y otro en fin, tambien muy pequeño, sobre la parte anterior del torax. Habiéndose aplicado el emplasto de Vigo á todos estos puntos, inclusa la porcion sana de la piel que habia entre ellos, se disminuyó en el dia mismo de la aplicacion un calor vivo que sentia el enfermo al nivel del zona, y habiéndose levantado el emplasto al tercer dia, para comprobar el estado de la erupcion, hallamos que se habia contenido enteramente su curso. Las vesículas primitivas estaban llenas de un líquido blanquecino; habia desaparecido enteramente la rubicundez que las rodeaba, y no quedaba vestigio de ellas en algunos puntos en que eran todavia muy ténues y poco desarrolladas. Para consolidar la curacion, continuamos la aplicacion del emplasto cinco dias mas, durante los cuales se paseaba el enfermo en las salas del hospital, comia su media racion, y pedia con instancias el alta. En otro enfermo, exento de toda especie de complicacion, y en quien ocupaba el zona la base del sacro y la nalga izquierda, abortó completamente la erupcion con el emplasto de Vigo: lo mismo sucedió en otro individuo. Dos de estos hechos se han publicado en la *Gaceta de los hospitales*, tomados de las lecciones clínicas dadas en la Caridad por uno de nosotros (setiembre y octubre, 1841). Aunque no quisieramos dar nuestra opinion sobre el valor de un tratamiento que solo hemos ensayado tres veces, sin embargo, han sido tan felices los resultados que hemos obtenido, que creemos deber inclinar á los prácticos á imitar nuestra conducta. Por nuestra parte, concebimos el pensamiento de esta medicacion, porque la habiamos usado con buen éxito para hacer abortar las pústulas de las viruelas, y la aconsejamos con tanta mas confianza contra el zona, cuanto que no es de temer produzca resultados desagradables.

»Cuando el herpes propende á pasar al estado crónico, ó mas bien cuando se presentan erupciones sucesivas con cortos intervalos, se obtendrán buenos efectos con los baños sulfurosos ó alcalinos, los purgantes suaves administrados á cortas dosis, durante algunas semanas, y las aguas sulfurosas interiormente. Gibert aconseja la aplicacion á los puntos enfermos de la siguiente pomada: R. manteca onza y media; sulfuro de cal una dracma; alcanfor quince granos.

»Los dolores agudos y rebeldes que suelen quedar despues de la completa desaparicion del zona, se combatirán eficazmente con los vejigatorios aplicados al punto dolorido, las sustancias narcóticas, como el beleño, la belladona, los polvos de estramonio, administradas al interior, y en una palabra, con la medicacion anti-neurálgica. Sin embargo, hay casos en que son inútiles estos remedios; «con nada pue-

den compararse mejor, dice Rayer, los dolores rebeldes que suceden al zona, que con ciertos trismos dolorosos, cuya resistencia á los agentes terapéuticos suele ser verdaderamente deplorable.»

»CLASIFICACION EN LOS CUADROS NOSOLÓGICOS.—El herpes constituye el tercer género del sesto órden (vesículas) de Willan y Bateman, y el cuarto género del segundo órden (vesículas) de Cazenave y Schedel; Alibert ha hecho del herpes zoster el cuarto género de su primer grupo (*dermatosis eczematosas*), colocando las demas variedades herpéticas en el octavo género del mismo grupo.

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA.—Hipócrates designa con el nombre de *herpes*, ora un exantema crítico leve (*Epid.*, ep. III, sect. III), ora una úlcera corrosiva (*Porreticos*, sect. III). Galeno dice en un pasage que los herpes (ἑρπυς, ἑρπητες) son ulceraciones cutáneas superficiales (*Comment. sobre el afor.* 55, sect. VI); y en otros establece que esta enfermedad no siempre es una úlcera, y distingue un herpes miliar, otro flictenoides, y otro ἐσθιόμενος (*Met. med.*, lib. IV). Pablo de Egina, Avicena y Rhasis, no admiten mas que dos especies de herpes: el *herpes miliaris* y el *herpes corrosivus*. Dificil es, ó por mejor decir imposible, determinar á qué enfermedades cutáneas de las actualmente conocidas corresponden las cortas y oscuras descripciones de los autores que acabamos de citar. Los médicos posteriores hicieron estensivo á multitud de casos el sentido de la palabra *herpes*, que sirvió para designar la mayor parte de las enfermedades cutáneas, principalmente las afecciones crónicas, convirtiéndose en un término genérico. Lorry y Plenk describen tambien bajo este nombre enfermedades de la piel, muy diferentes entre sí. Willan y Bateman son los primeros que han hecho cesar esta confusion, dando á la palabra *herpes* la significacion limitada y precisa que han adoptado ya los patólogos, y que hemos dado á conocer en nuestra definicion al principio de este artículo.

»Asi pues, para trazar la historia del herpes, es necesario hacer abstraccion de las denominaciones, y buscar en los antiguos los pocos pasages que se refieren mas ó menos claramente á alguna de las variedades herpéticas que hemos descrito.

»En las obras hipocráticas solo se encuentra una indicacion del herpes labialis: «Febres in quibus ulcerantur labia fortassis intermittentes.» Bateman cree que la descripcion dada por Galeno del *herpes miliar*, debe aplicarse al *herpes flictenoides*; pero esta descripcion, dice oportunamente Rayer, es demasiado vaga, para que se le pueda dar una interpretacion rigorosa, y nada indica que deba referirse al herpes flictenoides mas bien que al eczema.

»Bajo el nombre de *ignis sacer* describió probablemente Celso el zona, con las siguientes palabras: «Exasperatumque per pustulas continuas, quarum nulla altera major est, sed »plurimæ perexiguæ. In his semper fere pus, »et sæpe rubor cum calore est, serpitque id »nonnunquam sanescente eo quod primum vi»tiatum est, nonnunquam etiam exulceratio, »ubi ruptis pustulis ulcus continuatur, humor»que exit qui esse inter saniem et pus videri »potest. Fit maxime in pectore aut lateribus» (*De re medica*, lib. V, cap. 28, §. 4). Celso añade: «Alterum autem est in summæ cutis exul»ceratione, sed sine altitudine, latum, sublivi»dum, inæqualiter tamen, mediumque sanescit, »extremis procedentibus, et sæpe id quod jam »sanum videbatur, iterum exulceratur.» Bateman cree que este último pasage debe aplicarse al herpes circinnatus; pero Rayer opina que conviene mas bien á una variedad de psoriasis palmar, siendo dificil decidirse en favor de uno ú otro parecer. Hoffmann, De Haen, Plater y Lorry, han dado descripciones bastante exactas del zona, pero Borsieri es el primero que lo ha descrito como una enfermedad *sui generis*. Despues de él ha sido cuidadosamente estudiada por J. Frank, Reil, y Albers; pero una historia completa de esta variedad herpética, y con mas motivo de todas las demas, solo se encuentra en las obras de los dermatólogos modernos y contemporáneos: en este número se cuentan principalmente Willan, Bateman, Alibert, Cazenave, Schedel y Rayer» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, tomo IV, p. 557-567).

CAPITULO III.

Del penfigo.

«La palabra penfigo se deriva de πέμφιξ, ampolla.

»SINONIMIA.—Πέμφιξ, πυρετος πεμφιγώδης, de Hipócrates y Galeno; *morta* de Linneo, *morbus bullosus*, *ampollaceus*, *flictenoides* de Burserius; *affectio scorbutico-pustulosa* de Hoffman, *febris bullosa* de Vogel; *hidroa* de Piso; *bullosa febris* de Morton; *emphlysis pemphigus* de Good; *typhus vesicularis* de Young; *pemphigus* de Sauvages, Sagar, Cullen, Willan, Rayer, Cazenave y Schedel; *pemphix* de Alibert.

»DEFINICION Y DIVISION.—El penfigo es una afeccion caracterizada por la erupcion simultánea ó sucesiva, en una ó en varias partes del cuerpo, de ampollas de un volumen variable, que se desarrollan sobre chapas eritematosas, llenas de un líquido amarillo ó sanguinolento, y que terminan á veces por la reabsorcion de este líquido, y comunmente por su efusion, la formacion de costras mas ó menos gruesas ó d escoriaciones superficiales, y la presencia consecutiva de manchas oscuras características.

»Atendiendo á ciertas circunstancias demasiado insignificantes para servir de base á una division, se han admitido penfigos *solitarios*, *confluentes*, *simultáneos*, *sucesivos*, *nocturnos*, *piréticos*, *apiréticos*, etc. Nosotros no dividire-

mos el penfigo sino en *agudo* y *crónico*, y describiremos como especie particular, en la historia de la primera forma, el *penfigo infantil.*

»A. **Penfigo agudo.**—Alteraciones anatómicas.—El penfigo agudo simple no termina nunca por la muerte. Los médicos han tenido ocasion de hacer la autopsia de enfermos que sucumbieran durante el curso de esta afeccion á una complicacion primitiva ó consecutiva; pero en el párrafo consagrado al penfigo crónico, es en el que nos ocuparemos de las alteraciones que se han hallado en los casos de este género.

»Síntomas.— *Prodromos.* —Alibert enseña que el penfigo agudo se anuncia *comunmente* por laxitudes, desazon general y dolores vagos en todos los miembros. Sobrevienen escalofrios ó un aparato febril muy pronunciado; el rostro se anima y enciende; la lengua se cubre de un barniz blanquecino; hay sed é insomnio; el enfermo esperimenta una sensacion de escozor intolerable en todo el cuerpo; tiene accesos de calor, ansiedad, agitacion, y otros síntomas, que ofrecen los caractéres de una inflamacion violenta. La duracion de estos fenómenos precursores varia entre veinticuatro y setenta y dos horas (*Monographie des dermatoses*; en 4.º, p. 48, París, 1832).

»La descripcion de Alibert se aplica á esa forma de penfigo á que los autores han dado el nombre de *penfigo pirético*, *fiebre vesicular*, *ampollosa*, *penfigoidea*, *fiebre sinoca*, *con vesículas*, etc. Los síntomas generales pueden tener mayor intension todavia, y sobrevenir vómitos y delirio. Segun Sachse, la fiebre contínua, remitente y aun intermitente, puede durar cuatro, siete y aun quince dias (Sachse, *Mem. sur le pemphigue* en *Journ. complem.*, t. XXIII, página 230). Pero esta forma es muy rara, y generalmente solo va precedida la erupcion de una desazon ligera y de una comezon mas ó menos viva, y acompañada de calor en los puntos en que deben desarrollarse las ampollas.

»La invasion de la enfermedad está caracterizada por la aparicion de vesículas circulares ú ovaladas, muy pequeñas al principio, pero que adquieren rápidamente una estension igual á la de medio y aun la de un duro, y á veces como la palma de la mano. Estas manchas, que al principio son de un encarnado claro, adquieren muy luego un color mas subido y se ponen purpúreas y aun parduscas: son duras, renitentes y ligeramente prominentes.

»Puede existir una sola mancha; pero esta forma, á la que Willan ha dado el nombre de *pompholix solitarius*, es muy rara; pues generalmente al cabo de uno ó dos dias aparece otra mancha, la cual suele ir seguida de otras dos ó tres que se presentan sucesivamente (Bateman, *Abregé prat. des mal. de la peau*; traduccion de Bertrand, p. 187, París, 1820).

»Las manchas eritematosas son casi siempre múltiples, y su número tanto mas considerable, cuanto mayor la estension del tegumento esterno que ocupa la enfermedad. Sin embargo, se ha visto un corto número de ampollas diseminadas por toda la superficie del cuerpo, mientras que en otras circunstancias ha habido muchas aglomeradas en un solo punto (Rayer, *Traité theorique et prat. des mal. de la peau*, t. 1, p. 267; París, 1835). Unas veces se presentan las manchas simultáneamente, y otras por erupciones sucesivas (véase *Curso*).

»Las manchas aparecen con preferencia en los miembros superiores é inferiores, en el abdomen y en el pecho; pero pueden tambien ocupar la cara y la piel del cráneo. Comunmente invaden una sola de estas partes; pero en otros casos es general la erupcion. Por lo regular estan las manchas separadas entre sí por intervalos bastantes considerables; pero á veces se hallan muchas reunidas en una pequeña superficie (*penfigo confluente*). Al cabo de un tiempo variable se levanta el epidermis al nivel de las manchas eritematosas, formando vesículas ó ampollas, cuyo volumen varia desde el de un guisante hasta el de un huevo. En muchos casos, dice Frank, las ampollas de un volumen considerable estan rodeadas de otras mas pequeñas que las circuyen como satélites.

»Generalmente media un intervalo de muchas horas entre la aparicion de las manchas eritematosas y el desarrollo de las ampollas; pero otras veces son estos fenómenos, por decirlo asi, simultáneos y es muy dificil comprobar la sucesion de los síntomas. «Esta rapidez de la erupcion, dice Cazenave (*Dict. de méd.*, tomo XXIII, p. 395), nos esplica el motivo por que tantos autores han puesto en duda la rubicundez, y otros no han hecho mencion de ella.»

»La elevacion del epidermis se efectúa desde el centro á la circunferencia de la chapa. En algunos casos cubre la ampolla toda la superficie inflamada, y solo rodea á la coleccion serosa una aureola rogiza de algunas líneas de ancho. En otros no está levantado el epidermis mas que en una porcion de la mancha; de modo que teniendo esta, por ejemplo, la estension de una peseta, hay una ampolla central del volumen de un guisante (Cazenave y Schedel, *Abregé pratique des mal. de la peau*; p. 155, París, 1838).

»A veces se hallan diseminadas varias manchas eritematosas sobre las cuales no se han desarrollado ampollas; pero entonces se siente al pasar el dedo por estas superficies una ligera tumefaccion, se levanta con facilidad el epidermis, y se encuentra debajo un ligero derrame de serosidad (Cazenave y Schedel, *loco citato*).

»Las vesículas son enteramente parecidas á las ampollas producidas por un vejigatorio; y esta forma es digna de notarse. «La vesicacion, dice Gibert, tiene un carácter invariable, que es el de manifestarse siempre bajo la forma de

flictenas, desde el momento en que se desarrolla; de modo que á diferencia de algunas otras erupciones análogas, jamás principia bajo la forma de granos ó de pustulillas. Observada en el primer momento de su aparicion, constituye sobre cada eritema una especie de campana ó de ampolla, ancha y convexa, como una hidátide ó como un cristal de reloj que se hubiese aplicado sobre la piel: «á veces se reunen muchas vesículas formando una especie de ocho ó imitando una guirnalda» (Gaide, *Obs. sur le pemphigus* en *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 254; 1818).

»Las vesículas contienen generalmente una serosidad cetrina, amarillenta, semejante á la de los vejigatorios ó á orina un poco oscura (Meroglio); sin embargo, á veces es incolora y tan perfectamente blanca y clara como el agua (Sachse, mem. cit.). En otros casos es viscosa coma la albúmina ó la clara de huevo (Brugman, Sachse, Alibert, etc.) Al cabo de algunos dias ó desde el principio, cuando la inflamacion ha sido muy violenta, se enturbia la serosidad y presenta un aspecto lactescente ó sero-purulento. Sin embargo, Gilibert asegura que la serosidad no se hace nunca purulenta en el penfigo simple. En ciertos penfigos complicados es sanguinolenta y de un azul rojizo ó negruzco. En un caso de penfigo simple observado por Vallot, exhalaba la serosidad un olor fétido insoportable, cuyo caracter es muy frecuente en ciertos penfigos complicados (Gilibert, *Dict. des sc. méd.*, t. XL, p. 117). Gilibert cree, que el humor de las vesículas del penfigo es de naturaleza albuminosa; Braune lo ha analizado, encontrando en cien partes de serosidad 93.013 de agua, 5.417 de albúmina, y 1.070 de hidroclorato de sosa (*Ueber die Erkenntniss und Behandlung des pemphigus*; página 5. Fribourg, 1824).

»En un caso referido por Gaide (mem. cit., p. 359), se encontraba en las vesículas mas recientes una serosidad poco trasparente y una falsa membrana de un blanco sucio, infiltrada á veces de una corta cantidad de sangre, y adherente al dermis denudado que formaba la base de la vesícula.

»Desde su aparicion hasta que termina el período de incremento, que dura dos ó tres dias y á veces mucho menos, estan las vesículas llenas, tensas y hemisféricas; al cabo de este tiempo comienzan á deprimirse y ofrecen un aplanamiento, que es siempre proporcionado á su duracion. La superficie de la vesícula se arruga; la depresion se efectúa con desigualdad, y se forma hácia la parte mas declive una especie de bolsa donde se acumula el fluido contenido. Entonces se rompe la vesícula y se derrama el líquido. Segun Alibert (loc. cit., p. 49), la rotura espontánea de las vesículas se verifica del quinto al sesto dia; pero en realidad se efectúa dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, y aun desde el primer dia.

»Despues de vaciadas las vesículas exhalan todavia por algun tiempo sus bases desnudas cierta cantidad de serosidad; en algunos casos acaban por cubrirse de gotitas de pus; finalmente al cabo de uno ó dos dias, y á veces de algunas horas, se secan; los restos epidérmicos que las cubren se desprenden en escamas; ó bien, deteniéndose el humor exhalado sobre las escoriaciones y alrededor de los restos de las vesículas, se coagula, se seca y forma costras generalmente escamosas, á veces rugosas, y que se oscurecen con el tiempo. Cuando las vesículas son pequeñas, no se rompen en todos los casos, sino que á veces se secan y convierten en costras rugosas, sin derramarse el fluido que contienen» (Gilibert, loc. cit., p. 118).

»Una vez formadas las costras, se desprenden con mas ó menos rapidez en laminitas blancas ó parduzcas; se reproduce el epidermis con bastante prontitud, y al cabo de poco tiempo el punto que ocupaba la vesícula solo ofrece una mancha de color de heces de vino, que suele ser muy duradera.

»Gilibert, que ha dado la descripcion del penfigo mas completa y exacta que puede consultarse en el dia, examina las relaciones que existen entre el desarrollo de las chapas eritematosas y el de las vesículas, y las establece en los términos siguientes.

»Las vesículas no comienzan á estenderse hasta que la tumefaccion y la rubefaccion se hallan en su mas alto grado; pero llegado este caso, continúa progresando aisladamente la vesicacion, sin que la tumefaccion ni la rubefaccion se aumenten ni estiendan en proporcion del agrandamiento de las ampollas. Lejos de eso permanecen en el mismo punto en que estaban al levantarse el epidermis; y aun hay una circunstancia muy notable en el curso relativo de estos síntomas elementales, y es que á medida que llega la vesicacion á su mayor incremento, comienza á disminuir la tumefaccion. En cuanto al calor y al dolor, no siguen ninguna ley fija en su curso; pues unas veces se aumentan con la tumefaccion, otras con la vesicacion, y hay casos en que no se hacen sentir hasta que se rompen las flictenas. Durante el período en que se deprimen, rompen y desocupan las vesículas, continúa disminuyendo la tumefaccion, y la rubicundez se hace menos viva y mas oscura; pero entonces se siente el dolor con mas violencia: la época de la denudacion del dermis que sirve de base á las vesículas, es casi siempre la en que se hacen mas dolorosas la comezon y las punzadas. A medida que se establece la desecacion, la tumefaccion se resuelve, el calor disminuye ó se estingue, y el dolor se calma ó se convierte en prurito, quedando solo de todos los síntomas cutáneos la rubicundez, que es siempre la última que se disipa enteramente. De suerte que esta lesion, que es una de las que primero se desarrollan, se manifiesta por chapas rojas antes de las vesículas, areolas durante su curso, escoriaciones muy vivas y encendidas despues

de su rotura, y manchas de un color oscuro despues de la caida de las costras.

»Gilibert, Alibert y otros muchos escritores, dan grande importancia á los fenómenos morbosos que en su sentir presentan las membranas mucosas. Segun Gilibert, la lesion de estas membranas puede afectar tres formas: primero la de infarto con irritacion, pero sin inflamacion decidida; segundo la de flegmasia catarral; tercero la de inflamacion vesicular semejante á la que ofrece el órgano cutáneo. Todas las mucosas pueden hallarse interesadas: la conjuntiva, la pituitaria, la pulmonal, la uretral y la gastro-intestinal. Rara vez invade la lesion toda la estension del sistema mucoso, y cuando tal sucede, se afectan sucesivamente las diversas regiones; pero generalmente solo padecen una ó dos partes aisladas, que en el mayor número de casos son la mucosa bucal y la intestinal. Es preciso distinguir la flegmasia mucosa elemental del penfigo simple, de la que constituye una complicacion.

»La inflamacion mucosa vesicular está caracterizada por vesículas serosas de diversos tamaños, con su base roja, tumefacta, caliente y dolorida; las cuales se rompen al cabo de dos ó tres dias, dando salida á la serosidad que contienen, y dejando escoriaciones muy encendidas.

»La afeccion mucosa se desarrolla al mismo tiempo que la cutánea, y termina casi siempre con ella. A veces es de muy poca consideracion esta última, mientras que la primera se eleva hasta el grado de la flogosis vesicular (Gilibert, loc. cit., p. 121-122).

»José Frank asegura que á veces se observan vesículas en los párpados, la conjuntiva ocular, la cara interna de las mejillas ó de los labios, el paladar y las paredes de la vagina (loc. cit., p. 272); Naumann (*Handbuch der medicinischen Klinick*; Berlin, t. III, p. 48, 1832) insiste mucho en la flegmasia vesicular de las mucosas, y refiere que Dickson y Ferris han visto desarrollarse vesículas en la lengua, en la boca y en la faringe, muchos dias antes que apareciesen las vesículas cutáneas; Sachse (loc. cit., p. 324-343) describe un *penfigo interno*, que puede ocupar la boca, la garganta, el pecho, el bajo vientre y la uretra; Wolf habla de otro que se presentó en la piel á las once semanas de estar ocupando la boca (*Hufeland's journal*, t. XII, p. 581-816); Braune dice haber observado un penfigo, que se desarrollaba alternativamente en la piel y en la mucosa gastro-intestinal (Naumann, loc. cit., pág. 49).

»En vista de tan numerosas y respetables autoridades, no nos atrevemos á negar formalmente la existencia del penfigo interno, especialmente cuando las investigaciones modernas sobre los exantemas (véase *Exantemas en general*, y el *Journ. de méd.*, número de noviembre 1813, t. I, p. 346) deben hacernos muy circunspectos; pero podemos asegurar, que Biett, Cazenave y Gibert, no han encontrado nunca una sola vesícula desarrollada en la mucosa gastro-intestinal, y solo en dos ó tres casos las han visto formarse en los párpados, en la lengua ó en la boca. Lo mismo nos ha sucedido á nosotros, aunque hemos tenido ocasion de observar muchos enfermos de esta clase. Leyendo con atencion los hechos referidos por los autores, y examinando sus aserciones, nos hemos sentido inclinados á creer, que la existencia del penfigo interno se ha admitido mas bien por induccion ó por hipótesis, que por la observacion rigurosa de los hechos: los enfermos atacados de penfigo han padecido durante su curso bronquitis, vómitos, diarrea, etc. (véase *Complicaciones*), y de aqui se ha querido deducir que se habian desarrollado vesículas en las mucosas bronquial, intestinal y gástrica; pero en vano hemos buscado una observacion que demostrase la realidad de esta hipótesis.

»Curso, duracion, terminacion.—El penfigo *agudo* sigue generalmente un curso bastante regular, que se puede dividir con Gilibert en muchos períodos: 1.° *período de invasion*, caracterizado por el desarrollo sucesivo y mas ó menos rápido de las chapas eritematosas y de las vesículas, y cuya duracion media es de seis á doce horas; 2.° *período de incremento*, caracterizado por los progresos de la vesicacion, y que dura dos ó tres dias; 3.° *período de decremento*, caracterizado por la depresion de las vesículas, su rotura, la efusion del fluido contenido en ellas, y la denudacion de su base, el cual dura de 34 á 36 horas, y 4.° *período de desecacion y descamacion*, caracterizado por la formacion de las costras y su caida, cuya duracion es de dos á tres dias.

»Segun lo que acabamos de decir, la duracion total de la enfermedad resulta ser de cinco á ocho dias, y en efecto asi sucede cuando la erupcion se verifica simultáneamente (*penfigo simultáneo*; *pompholix benignus* de Willan).

»Pero los casos de este género son muy raros, y por lo regular se verifican muchas erupciones con intervalos mas ó menos distantes (*penfigo sucesivo*); de modo que la duracion que acaba de fijarse, solo se aplica entonces á cada vesícula, ó por lo menos á cada erupcion considerada aisladamente, siendo de dos, tres ó cuatro septenarios, la duracion total de la enfermedad.

»La erupcion, dice José Frank (loc. cit., p. 272), se renueva con intervalos muy variados, ora casi todos los dias, ora todas las semanas, ora todos los meses, y ora en fin todos los años. Nosotros hemos observado ochenta y siete erupciones en un mismo individuo en el espacio de diez meses.» Es evidente que Frank confunde aqui las erupciones sucesivas del penfigo agudo, las recidivas y el penfigo crónico.

»Algunos autores han admitido un *penfigo nocturno* (*epinyctis, perinyctis, pustula nocturna*), sobre cuya existencia es imposible decir nada fijo. Los antiguos (Hipócrates, *Prædict.*,

libro II, cap. 18, núm. 6 y 7; *de Aere, aq. et loc.*, cap. 4, núm. 7; Pablo de Egina, lib. IV, cap. 9; Celso, lib. V, cap. 28; Sauvages *Nos. met.*, t. II, p. 20, etc.) han descrito manifiestamente afecciones muy diversas completamente estrañas al penfigo; Feuchtmeyer (*Hufeland's journal*, t. X, p. 97, t. XI, p. 139) y Alibert refieren varios hechos incompletos y de diagnóstico muy oscuro. «Se cita la historia, dice Alibert (loc cit., p. 49), de una mujer atacada de un penfigo nocturno. Esta afeccion principiaba por una violenta cefalalgia, por dolores en la region epigástrica, constriccion de garganta y de pecho, como en los paroxismos de las histéricas; hasta que á media noche se formaban en toda la periferia de la piel vesículas sin areola rojiza, cuya aparicion iba precedida de mucho escozor y ardor: estas vesículas, por decirlo asi improvisadas, se disipaban al amanecer con tanta celeridad como si fueran ampollas de jabon; volvia á entrar la serosidad en el sistema absorvente, y solo quedaban unas manchas rojizas que luego se disipaban tambien completamente.» Qué puede inferirse de una *historia* tan poco científica como la anterior? Los observadores á quienes debemos las mejores investigaciones acerca del particular, no han visto nunca el *penfigo nocturno*.

»No conocemos un solo ejemplo de muerte producida por un penfigo *agudo simple*.

»Gilibert pretende que existe siempre una correlacion manifiesta entre el estado patológico de la piel y los órganos secretorios: «En la época de la desecacion general del penfigo agudo simultáneo ó sucesivo, dice este autor (loc. cit., p. 122), y en las diversas temporadas en que tiene propension á pasar al mismo estado el penfigo crónico, se presenta constantemente una alteracion de las secreciones, que sirve como de crisis ó medio de resolucion. Efectúase una doble secrecion crítica, que comienza en los riñones y continúa en los intestinos; las orinas, que habian permanecido claras, encarnadas, y mas ó menos raras, se hacen abundantes y sedimentosas, y las deyecciones alvinas considerables, diarréicas, y semejantes á una papilla clara.» Los observadores contemporáneos (Biett, Cazenave, Rayer y Gibert) no hacen mencion de estos fenómenos.

»COMPLICACIONES.—La cefalalgia violenta y el delirio que se observan al principio de ciertos penfigos, son fenómenos simpáticos que no tardan en desaparecer, y que no merecen el nombre de complicaciones. Cazenave y Schedel (ob. cit., p. 156) han observado un enfermo, en quien el penfigo iba acompañado, no solo de una irritacion gastro-intestinal, sino tambien de un catarro pulmonal, de una oftalmia y de una uretritis muy agudas; la lengua estaba muy tumefacta, y los labios cubiertos de costras negruzcas: todos estos síntomas, como tambien la erupcion, desaparecieron enteramente en el espacio de un mes. Este hecho se halla espuesto de un modo demasiado incompleto para que pueda apreciarse su valor. Gaide (mem. cit.) observó un enfermo en quien iba el penfigo acompañado de síntomas de enteritis y de cistitis. Otros autores refieren observaciones análogas, que aunque poco concluyentes, han servido á algunos para admitir la existencia del penfigo interno.

»Hánse citado tambien ejemplos de penfigo complicado con gastritis, con neumonia, con *fiebre biliosa* y con histerismo, y Gilibert cree que en los casos de este género la erupcion es muchas veces un fenómeno crítico (loc. cit., pág. 147).

»Las investigaciones anatomo-patológicas, y la observacion severa, propenden á probar que las flegmasias mucosas ó vesicales no son otra cosa que complicaciones accidentales, ó cuando mas efectos de una causa comun, de una especie de diatesis inflamatoria.

»Puede ir el penfigo acompañado de la mayor parte de las afecciones cutáneas, siendo las mas comunes los herpes, el eczema y el prurigo; pero estas complicaciones no ofrecen ningun carácter especial.

»Háse visto muchas veces al penfigo desarrollarse al principio ó durante el tiempo de la desecacion de la vacuna (véase Gilibert, loc. cit., p. 145-46).

»Cítanse numerosos ejemplos de penfigo complicado con fiebre adinámica, atáxica, maligna é intermitente, y se han establecido tres especies de relaciones entre las dos enfermedades: 1.° cuando la erupcion y la pirexia se desarrollan casi á un mismo tiempo; 2.° cuando la erupcion se presenta primero y la pirexia sobreviene algun tiempo despues, al sesto, al octavo, ó al undécimo dia, y 3.° cuando la fiebre es la enfermedad primitiva, y el penfigo se desarrolla, ya en una época cualquiera de su curso, ya á su terminacion. «En este último caso, dice Gilibert, la enfermedad secundaria puede hacer dos papeles diferentes: el de erupcion sintomática y el de erupcion crítica» (loc. cit., p. 148-150). Volveremos á tratar de estas últimas complicaciones al ocuparnos de la naturaleza del penfigo.

»DIAGNÓSTICO.—Las vesículas del *rupia* son menos numerosas, mas pequeñas y aplanadas; contienen un líquido sanioso, y van seguidas de verdaderas úlceras, que no tardan en cubrirse de costras gruesas, prominentes y mas adheridas.

»Las flictenas de la *erisipela* estan suficientemente caracterizadas por los fenómenos que pertenecen á la flegmasia exantemática.

»Gaide (mem. cit., p. 362) trae el ejemplo de una mujer, que con el objeto de prolongar su estancia en el hospital, se aplicaba polvos de cantáridas en los miembros superiores, determinando asi una erupcion vesiculosa, que se tuvo por un penfigo hasta que se descubrió la superchería.

»Las vesículas del *herpes* son mucho mas pequeñas, numerosas y aglomeradas, que las

del penfigo. Las costras de este, durante el período de descamacion, podrian simular un impétigo, si las de este último no fuesen gruesas, amarillentas, ásperas y rugosas.

«Las manchas que deja el penfigo, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 163), tienen un aspecto particular, bien perceptible para las personas habituadas á observar estas enfermedades, pero difícil de describir. Muchas veces hemos visto á Biett diagnosticar por su sola inspeccion, la preexistencia de una erupcion vesicular que habia desaparecido mucho tiempo antes. Las manchas son de un encarnado sombrío, separadas entre sí, de forma irregular, de una estension relativamente muy variable, y presentan de cuando en cuando una ligera esfoliacion epidérmica.»

»El PRONÓSTICO del penfigo agudo simple, es siempre favorable: cuando existen complicaciones, está subordinado á la naturaleza de las afecciones coexistentes.

»CAUSAS.—El penfigo agudo se presenta en todos los climas y en todas las estaciones; ataca con preferencia á los hombres adultos, y parecen determinarlo en ciertos casos la insolacion, los estravios de régimen, los irritantes cutáneos, el desaseo y las emociones morales vivas. Se ha colocado entre las causas de esta afeccion la supresion del flujo menstruo, de los loquios, del flujo hemorroidal, de una diarrea habitual, etc.; pero no está demostrada la influencia de estos agentes patológicos.

»Cullen, Vogel y Macbride, pretenden que es *contagioso* el penfigo, y Salabert (*Journ. de méd.*, t. LXXXII, p. 72, 1790) cita hechos en apoyo de esta opinion, que segun esperimentos posteriores y decisivos, no debe adoptarse. Hall, Husson (*Rech. historiques et médicales sur la vaccine*, 3.ª edic., p. 144), y Martin (*Journ. de méd.*, t. II, p. 225), han inoculado muchas veces el líquido de las vesículas sin resultado alguno, y lo mismo les ha sucedido despues á Rayer y á Gaide (mem. cit.).

»TRATAMIENTO.—El penfigo agudo no reclama por decirlo asi ningun tratamiento; las bebidas aciduladas y diluentes, los baños tibios y el descanso, son los únicos medios á que conviene recurrir. Sin embargo, si la erupcion es abundante y el eritema muy intenso, si existen fenómenos de reaccion viva ó complicaciones flegmásicas, es útil practicar una sangría del brazo, ó aplicar sanguijuelas al ano.

»Rayer aconseja con razon evacuar desde el principio la serosidad, practicando una ó muchas aberturitas en la epidermis levantada, y cuidar de que permanezca esta aplicada sobre las superficies denudadas, preservando de todo frote las vesículas vacías (loc. cit., p. 276).

»Las ligeras escoriaciones que suelen suceder á las roturas de las vesículas, deben curarse con un lienzo agujereado y untado con cerato.

»B. **Penfigo infantil.**—Existen en la ciencia gran número de ejemplos de penfigo, ya congénito (*pemphigus neonaturum, penfigo de los recien nacidos, penfigo congenito*), ya desarrollado algunos dias despues del nacimiento, durante los primeros meses de la vida, ó finalmente, en la época de la primera denticion (*pemphigus infantilis*) (Wichman, *Beitrage zur kenntnis des pemphigus*; Erfurt, 1791.—Beer, *Hufeland's journ.*, n.º de abril, 1825.—Hinze, ib., núm. de abril, 1826.—Jorg, *Handbuch der Kinderkrankheiten*, p. 477-480.—Meissner, *Die Kinderkrankheiten*, th. 1, ab. 3; Leipsic, 1828.—Oliander, *Denkwurdigkeiten fur die heilkunde und geburtshulfe*, t. I, página 383.—Stockes, *On the eruptive diseases of children*, en *Med. and phys. journ.*, t. XIX.—Lobstein, *Histoire d'un pemphigus congenital*, en *Journ. complem.*, t. VI, p. 3.- Sachse, Mem. cit., en la misma coleccion, t. XXIV, p. 47.—Billard, *Traité des mal. des enfants*; p. 134, París, 1833.—Krauss, *Diss. de pemphigo neonatorum*; Bonn., 1834.—Gaide, Memoria citada, p. 350.—Trousseau, en la obra de Cazenave y Schedel, p. 157.—P. Dubois, *Dict. de méd.*, t. XXIII, p. 397.—Krauss, *Observ. de pemphigus du nouveau-né*, en *Gaz. méd.*, página 264; 1838.—Cazeaux, Nivet, Depaul, *Bull. de la Soc. anatomique*; p. 401 y 325, 12.º año, etc.).

»El penfigo de los niños es á veces semejante al de los adultos; pero en otros casos presenta caractéres particulares importantes, que exigen una descripcion especial del *penfigo infantil*.

»SÍNTOMAS.—Las vesículas se desarrollan de pronto, sin ir precedidas de manchas eritematosas muy distintas; no estan rodeadas de una aureola roja, y presentan por el contrario un cerco violado; llegan rápidamente á su mayor estension; ocupan con frecuencia los miembros, y sobre todo las plantas de los pies y las palmas de las manos, aunque tambien suelen hallarse en el cuello y en el pecho; pueden ser muy numerosas y cubrir la mayor parte del cuerpo, contándose á veces mas de ciento en un mismo niño (Naumann, loc. cit., p. 54).

»El líquido contenido en las vesículas es por lo regular opalino, turbio, rojizo, puriforme y fétido, ofreciendo especialmente estos caractéres en el penfigo congénito, y en el de los recien nacidos; Carus y Ring han visto casos en que las vesículas solo contenian cierta cantidad de sangre fluida y negruzca (Naumann, loc. cit., p. 53).

»En un caso de penfigo desarrollado en un niño de siete meses, la base de las vesículas estaba cubierta de una falsa membrana, debajo de la cual y en su centro presentaba la superficie papilar una manchita blanquecina. En una época mas adelantada del desarrollo de las vesículas, se trasformaba esta mancha en una ulceracion cenicienta, mucho mas pequeña que la escoriacion misma. Esta ulcerita central, que se hubiera podido cubrir con una cabeza de alfiler, correspondia á un punto de la

piel reblandecido é impregnado de una gotita de pus. Las escoriaciones consecutivas á las vesículas despojadas de su epidermis, ofrecian casi todas en su centro una úlcera redondeada, que era precisamente la que se observaba en las vesículas intactas; pero ya mas ancha y profunda, puesto que sus dimensiones variaban entre las de una cabeza de alfiler gordo, y la de una lenteja, y aun á veces, cuando las escoriaciones eran confluentes ó bastante inmediatas entre sí, se reunian formando unas fajitas ulcerosas, irregulares, prolongadas y serpiginosas, análogas á las que *se observan en ciertas sifílides*. No todas estas úlceras eran igualmente profundas; pues unas interesaban solo una parte del espesor del dermis, mientras que otras comprendian todo el grosor de la piel (Gaide, mem. cit., p. 350, 351).

»Curso, duracion, terminacion.—El curso de la enfermedad es rápido, y rara vez se verifican muchas erupciones sucesivas. Casi todos los niños afectados de penfigo congénito, vienen al mundo en un estado muy grave de apoplegia ó de asfixia, y no tardan en sucumbir (Osiander); cuando la enfermedad no se desarrolla hasta algun tiempo despues del nacimiento, los niños á quienes ataca son casi siempre enfermizos, de mala constitucion, y mueren á menudo despues de haber presentado vómitos, diarrea colicuativa, convulsiones, hipo, etc.

»Diagnóstico.—Estan muy divididos los autores sobre los caractéres que sirven para reconocer el penfigo congénito ó de los recien nacidos. Cazenave y Schedel creen que se ha descrito muchas veces bajo el nombre de penfigo el *rupia escarótica*, y por otra parte, Dubois y Cruveilhier, etc., aseguran que la afeccion á que se ha dado el nombre de *pemphigus neonatorum*, no es comunmente otra cosa que una afeccion sifilítica congénita.

»P. Dubois, que ha observado gran número de ejemplos de esta enfermedad, ha podido averiguar en todos los casos, escepluando uno solo, por el estado actual ó por los *datos* que ha adquirido, la *posibilidad* de una infeccion sifilítica (Cazenave, art. cit. del *Dict. de méd.*, p. 597): sin embargo, añade Cazenave, jamás se han visto coincidir con las vesículas del penfigo ninguna de las lesiones sifilíticas comunes en los recien nacidos infestados, ni han ofrecido estos ese estado general tan notable, esa flacidez de la piel, ni ese aspecto de niño avejentado, que como nadie ignora distinguen frecuentemente á las criaturas afectadas, desde antes de nacer, de sífilis constitucional.

»Se necesitan pues nuevas investigaciones para establecer el diagnóstico del *penfigo infantil*. Sin embargo, ya hemos indicado las diferencias que separan al penfigo del rupia, y creemos que, teniendo en cuenta el estado actual de los padres y la presencia ó la ausencia de síntomas venéreos coexistentes, se puede decidir casi con completa certidumbre respecto de la naturaleza sifilítica ó no de la dolencia.

»Cuando la rotura de las vesículas va seguida de ulceraciones semejantes á las observadas por Gaide, este solo hecho hace muy probable la naturaleza venérea de la erupcion; por el contrario, ningun fundamento hay para atribuirle este orígen, en casos como los citados por Krauss (tés. y mem. cit.), Billard (loc. cit.), etc., que no presentaban otros caractéres que los correspondientes al penfigo agudo simple de los adultos.

»La descripcion que hace Corrigan (*The cyclopedia of pract. med.*, art. Pemphigus, t. III, p. 270: Lóndres, 1334) del penfigo *gangrenoso* ó *infantil*, parece comprender hechos de diferente naturaleza, debiéndose aplicar ora al *rupia escharótica*, ora á una afeccion sifilítica.

»El pronóstico es tanto mas grave, cuanto mas tierna la edad del niño y mas abundante y estensa la erupcion, debiendo tenerse muy en cuenta las complicaciones y el estado general del enfermo. El penfigo congénito es casi siempre mortal; los niños sucumben generalmente algunas horas despues del nacimiento, aunque á veces no se verifica la muerte hasta el tercero ó cuarto dia.

»Lo único que se sabe sobre la etiologia del *penfigo infantil*, es que se desarrolla casi siempre antes de los cinco años, y que ataca con preferencia á los niños criados con desaseo y miseria.

»C. **Penfigo crónico.**—(*Pompholix diutinus* de Willan).—El penfigo crónico se desarrolla desde luego bajo esta forma: no sucede al agudo, y se presenta con mucha mas frecuencia que este.

»*Alteraciones anatómicas.*—Las modificaciones que sufre la estructura de la piel son desconocidas.

»Ya hemos dicho que los observadores contemporáneos no han encontrado nunca vesículas en las membranas mucosas, esceptuando las de la boca y lengua, pero muchas veces estan estas membranas hipertrofiadas y engrosadas: nosotros hemos observado un caso en que la mucosa gástrica y la de la vejiga, tenian un grueso doble del natural, y estaban como apergaminadas (L. Fleury, *Bull. de la Societé anatomique*, p. 40, año 13). En otros casos se ha encontrado la mucosa gastro-intestinal inflamada, roja, reblandecida y ulcerada. Tambien se ha observado con frecuencia el estado grasiento ó la cirrosis del hígado. Cazenave (*Obs. de penfigo crónico general* en *An. des mal. de la peau*; p. 209-210, núm. de febrero 1844) considera esta alteracion como constante, y le hace representar un gran papel en el desarrollo de la afeccion cutánea (véase naturaleza). Hállanse muy frecuentemente derrames en alguna de las cavidades serosas ó en la mayor parte de ellas. Cazenave (ib.) ha encontrado en un mismo enfermo derrames de serosidad en las pleuras, en el pericardio y en la cavidad del peritoneo, y nosotros los hemos

visto tambien en esas mismas cavidades y en la de la aracnoides. Unas veces proceden estos derrames de una inflamacion serosa, que debe considerarse como una complicacion (L. Fleury, loc. cit.), y entonces presentan todos los caractéres de los derrames inflamatorios (líquido sero-purulento, copos, falsas membranas, etc.); otras no existe ninguna lesion de la membrana, y el líquido es diáfano y seroso, como en las ascitis por obstáculo á la circulacion en el sistema de la vena porta (véase *Enfermedades de la piel en general*).

»*Síntomas*.—Los *prodromos* faltan completamente ó son muy ligeros; el enfermo tiene inapetencia, desazon general, náuseas y laxitudes; rara vez se acelera el pulso, y nunca es violenta la fiebre. Se siente comezon y hormigueo en los puntos que ha de ocupar la erupcion, y aparecen las chapas eritematosas, seguidas de la formacion de vesículas, que se aumentan rápidamente y adquieren muchas veces el volumen de huevos de gallina. En ocasiones no son visibles las chapas eritematosas hasta que se desarrollan las primeras vesículas, y á veces hasta que se manifiestan las últimas. Algunas ampollas estan rodeadas de una aureola encarnada que falta en otras. A medida que aumenta el número de las erupciones sucesivas, y que disminuyen los intervalos que median entre ellas, se forman las vesículas con menos precision y regularidad, constituyendo una especie de prominencias blandas, desiguales y casi insensibles, cuya serosidad fluye difícilmente y se concreta en el punto donde se exhala (Cazenave, perioód. cit., p. 269).

»Las vesículas son generalmente aisladas; pero pueden hallarse dispuestas en grupos irregulares, formando una especie de anillos ó guirnaldas (Gaide, mem. cit., p. 275).

»En esta forma del penfigo se presenta el líquido turbio, opalino, y sero-purulento, con mas frecuencia que en la aguda.

»La rotura de las vesículas puede ir seguida, como en la forma aguda, de la formacion de costras delgadas, aplanadas, amarillentas ó negruzcas; pero comunmente el epidermis desgarrado se arrolla sobre sí mismo y deja descubierta una escoriacion dolorosa, que segrega durante algun tiempo un líquido análogo al contenido en la vesícula. Mas adelante se forma la costra, la cual es gruesa, adherente, laminosa, combada, y deja cuando se la levanta, el dermis denudado y una corta cantidad de materia purulenta fétida.

»El penfigo crónico es siempre *sucesivo* (véase *Curso*). La erupcion es parcial ó general. En el primer caso reside con preferencia en uno ó en ambos miembros inferiores.

»El *penfigo crónico general* es la forma mas grave de la enfermedad que nos ocupa, y la que debe llamar mas particularmente la atencion de los patólogos.

»Cuando la enfermedad dura muchos años y se verifican numerosas erupciones, puede invadir toda la superficie del tegumento esterno: entonces no se forman nuevas vesículas, sino con grandes intervalos; está el cuerpo aprisionado en una especie de concha general ó cubierta costrosa, formada de escamas sobrepuestas, levantadas por los bordes, adherentes en el centro, y que dejan entre sí un número considerable de hendiduras, al través de las cuales destila una materia espesa, purulenta y fétida: debajo de estas costras presenta el dermis denudado el aspecto que caracteriza ciertas úlceras atónicas.

»La afeccion se estiende á la cara y á la piel del cráneo, invadiendo los párpados, que al cabo de muchas erupciones sucesivas se hinchan, invierten, resquebrajan y dejan descubierto el globo del ojo, destilando de sus comisuras un humor icoroso que se condensa formando costras gruesas. Se inflama la conjuntiva ocular, adquiriendo una sensibilidad esquisita con fotofobia y epífora. El orificio esterno de las fosas nasales se halla obstruido por costras; estan los labios flácidos, colgantes, hinchados é invertidos; las encias blandas, fungosas y vertiendo sangre; en la membrana bucal se forman vesículas voluminosas, llenas de un líquido sanguinolento, las cuales no tardan en romperse ocasionando escoriaciones de donde fluye una exudacion sanguínea abundante (Cazenave, *Dict. de méd.*, loc. cit., p. 339).

»*Curso*, *duracion*, *terminacion*.—Las erupciones sucesivas estan separadas al principio por largos intervalos; pero se aproximan á medida que se aumenta su número, y cuando la enfermedad ha invadido la mayor parte ó la totalidad del tegumento esterno, no se las puede apreciar bien, y la afeccion se hace contínua.

»El penfigo crónico dura casi siempre por lo menos varios meses, y puede prolongarse muchos años: Cazenave ha visto á una mujer que lo habia padecido 17 años, y nosotros tratamos en la actualidad á un enfermo afectado de un penfigo general 11 años hace.

»Cuando la enfermedad es parcial, se cura siempre al cabo de un tiempo mas ó menos largo; pero el penfigo crónico general termina casi siempre por la muerte. Esta puede ser ocasionada por desórdenes en la digestion y nutricion, en cuyo caso sucumbe el enfermo en el marasmo, agotado por una diarrea colicuativa; pero tambien puede ser producida por derrames verificados en las diferentes cavidades serosas, sin vestigio alguno de inflamacion de las membranas correspondientes; entonces parece que el derrame es producido por el obstáculo que opone la erupcion al desempeño de las funciones perspiratorias de la piel. Pero en los casos de este género es necesario examinar cuidadosamente, si no depende la hidropesia de alguna afeccion de los riñones ó del hígado (véase *Enfermedades de la piel en general*). Muchas veces procede la muerte de una ó varias complicaciones.

»*Complicaciones.*—El penfigo crónico general se complica frecuentemente con flegmasias crónicas pulmonales, gastro-intestinales y génito-urinarias, y tambien deben colocarse entre las complicaciones las afecciones herpéticas indicadas por Cazenave. Pueden asimismo acompañar á esta afeccion el prurigo, el eczema y la sarna.

» *Diagnóstico.*—Este solo presenta alguna dificultad en el período de desecacion. Cuando el penfigo es parcial, es á veces bastante difícil distinguirlo de un impétigo ó de un eczema crónico; pues la forma combada y laminosa de las costras no siempre suministra un signo característico, siendo necesario para decidirse tener en cuenta los conmemorativos, ó esperar una nueva erupcion de vesículas. Cuando la enfermedad es general, suele ser difícil distinguirla de un eczema crónico general, á pesar de que en esta última afeccion son las costras mas delgadas, menos adherentes, mas blancas y pequeñas, y las superficies denudadas segregan un líquido seroso cuya cantidad puede ser considerable.

»El *pronóstico* no es grave, sino cuando la erupcion es general ó cuando ocupa una grande estension: lo es tanto mas cuanto mas antigua la afeccion, el sugeto mas anciano, etc.

»*Causas.*—El penfigo crónico se presenta con preferencia en las personas de edad avanzada y debilitadas por otra enfermedad y la miseria. Los alimentos de mala calidad, las privaciones, los trabajos prolongados, las vigilias, y la permanencia en lugares bajos y húmedos, son las causas predisponentes mas comunes (Cazenave, art. cit., p. 402).

» *Tratamiento.*—Al principio puede aplicarse al penfigo crónico la medicacion que hemos indicado tratando de la forma aguda; pero si persiste la erupcion, es necesario abandonar los emolientes y los antiflogísticos, para recurrir á tópicos capaces de modificar la vitalidad de la piel enferma, y á un tratamiento interno apropiado al estado general del individuo.

»Los baños alcalinos, las lociones de la misma naturaleza, la pomada de brea (Emery, R. manteca una onza, brea diez y ocho granos), las compresas empapadas en aguardiente alcanforado (Gilibert), las cataplasmas espolvoreadas con quina ó con carbon (Biett), llenan la primera de estas indicaciones.

»Cuando las vias digestivas se hallan en completo estado de integridad, los purgantes producen muchas veces una derivacion útil: las preparaciones arsenicales y las cantáridas deben administrarse con suma prudencia, examinando cuidadosamente antes de prescribirlas, si existe alguna contra-indicacion por parte de los órganos digestivos y génito-urinarios.

»Cuando la enfermedad se presenta en un individuo debilitado, de una constitucion deteriorada, y cuyas vias digestivas no oponen un obstáculo absoluto, debe recurrirse á los tónicos: una buena alimentacion, los vinos generosos, las preparaciones de quina y los marciales (Asdruhali, *Arch. gen. de méd.*, t. XVII, p. 601, 1828), proporcionan á veces la curacion de penfigos antiguos y estensos, que se habian resistido á todas las demas medicaciones.

»Casi es inútil decir que debe vigilarse atentamente al enfermo, para combatir con un tratamiento oportuno y apropiado las diferentes complicaciones que tan frecuentemente acompañan al penfigo crónico.

»Rayer aconseja respetar esta afeccion en los casos, por ejemplo, en que ha reemplazado á otra enfermedad mas grave, como la gota, el asma, etc.; y cuando por ser muy estensa y antigua, pudieran seguirse de su supresion accidentes funestos; pero ya hemos indicado en otra parte el valor de estas proposiciones (véase *Enfermedades de la piel en general*).

»Naturaleza y asiento del penfigo.—Ocioso seria refutar la opinion de Braun, quien considera al penfigo como resultado de un espasmo que retiene en la economía algunos principios de la orina, los cuales dirigiéndose á la piel determinan en ella las vesículas; la de Wichmann que atribuye la enfermedad á la presencia de un insecto, ó la de Asdrubali y Sachse, que solo ven en las vesículas un efecto de los esfuerzos depuradores de la naturaleza, para desembarazarse de un principio acre.

»La naturaleza flegmásica del penfigo nos parece una cosa incontestable, y su asiento es indudablemente la red vascular y el aparato sudoríparo de la piel (v. *Enfermedades de la piel en general*). Tal era ya la opinion de Gilibert: «El asiento principal de esta afeccion, dice, está en el sistema capilar cutáneo, y consecutivamente en los vasos exhalantes que se abren en la superficie esterna del cuerpo reticular.»

»Mayores dificultades ofrece el determinar la naturaleza de esta flegmasia cutánea: el penfigo agudo no es evidentemente otra cosa, en el mayor número de casos, que una inflamacion simple producida por la accion de una causa irritante esterna; pero en el penfigo crónico, y en ciertos casos complicados, es preciso admitir la existencia de otro elemento morbífico cuya naturaleza ignoramos: bajo este aspecto, existen á nuestro parecer entre el penfigo y la erisipela muchas analogias que seria muy útil estudiar.

» Clasificacion en los cuadros nosológicos.—El penfigo ha sido colocado en el órden de las vesículas por Plenk (clase IV), por Willan (órden IV), y por Biett (órden III). En la clasificacion de Alibert constituye bajo el nombre de *pemphix* el tercer género del grupo de las *dermatosis eczematosas* (grupo I).

»Historia y bibliografia.—Savary (*Rech. historiques sur le pemphigus* en *Bibliot. méd.*, t. XLI, p. 168), y Bidault de Varennes (*Rech. et obs. sur le pemphigus son histoire et sa synonymie*, en *Journ. gén. de méd.*; t. LIV, p. 3), han demostrado perfectamente la imposibilidad

de decidir, si bajo los nombres de πεμφιγώδεις πυρετοί y de φλυκταινίδες, describió Hipócrates el penfigo. En nuestro sentir es indudable que estas espresiones se aplican, no solo á todas las afecciones vesiculosas propiamente tales, sino tambien á las diferentes erupciones que se presentan en ciertas fiebres graves, y aun á enfermedades pustulosas. Galeno y Aecio hablan de ampollas semejantes á las que produce la aplicacion del fuego ó del agua hirviendo; pero se contentan con indicarlas. Si Wilson es demasiado absoluto cuando dice, que ni los griegos, ni los romanos, ni los árabes, conocieron el penfigo, es preciso confesar á lo menos, que no se encuentra en los antiguos descripcion alguna que pueda aplicarse exactamente á esta enfermedad.

»C. Lepois es el primer escritor, segun Rayer, que haya indicado claramente el penfigo; sin embargo, tanto él, como Senerto y Plater, no hicieron mas que copiar casi literalmente á Aecio.

»En Foresto se lee una observacion, que puede considerarse fundadamente como un ejemplo de penfigo desarrollado en la cara de un niño (*Obs. chirurg.*, libro II, capítulo VIII, de *Phlyctænis in facie infantis cujundam apparentibus*).

»Se ha querido encontrar ejemplos de penfigos en varias observaciones referidas por Spindler (*Obs. méd.*, Francfort, en 4.°, observacion 92; 1691), y por de La Motte (*Traité complet de chirurgie*, obs. 107; París, 1772); pero estas observaciones se refieren manifiestamente á erupciones vesiculares, ó á erisipelas con flictenas.

»Sauvages (*Nosol. met.*, t. I, p. 430, Amsterdam, 1768) establece cinco especies de penfigo; pero sus descripciones no son de manera alguna aplicables á la afeccion que hemos descrito.

»Willan describe bajo el nombre de *pompholix* el penfigo crónico (*pompholix diutinus*), y una variedad del penfigo agudo (*pompholix solitarius*).

»La monografia de Gilibert (*Monographie du pemphigus*, París, 1813), reproducida en parte en el *Diccionario de ciencias médicas*, es todavia en la actualidad el mejor trabajo que poseemos sobre el penfigo; pero este autor, confunde tambien bajo un mismo nombre muchas afecciones diferentes, como todos sus predecesores y sucesores mas inmediatos, entre los cuales citaremos, sin embargo, á Wichman (*Beitrag zur kenntniss des pemphigus*; Erfurt, 1791), Brum (*Versuch über den pemphigus*; Leipsic, 1795), y Sachse (*Mem. sur le pemphigus*, en *Journ. complem. des sciences médicales*; t. XXIII, p. 228-326; t. XXIV, p. 44).

»En los tratados modernos de dermatologia se halla el penfigo bien definido y limitado, y no se reunen ya bajo este nombre muchas enfermedades; pero son incompletas sus descripciones.

»Para componer nuestro artículo hemos tenido que tomar de los autores antes citados, los pasages que se aplican realmente al penfigo, compulsando observaciones particulares, memorias y monografias. Entre las obras que nos han sido mas útiles, debemos citar con particularidad las de Braun (*Ueber die Erkenntniss und Behandlung des pemphigus*; Fribourg, 1824), Gaide (*Obs. sur le pemphigus*, en *Arch. gén. de méd.* t. XVIII; 1828), Lobstein (*Hist. de un pemphigus* en *Journ. complem.*; t. VI, p. 3); Krauss (*Diss. de pemphigo neonatorum*; Bonn., 1834);—*Obs. de pemphigus du nouveau-né*, en *Gaz. med.*; p. 264, 1838), y Cazenave (*Obs. de pemphigus chronique général*, en *Annales des maladies de la peau*; número de febrero 1844). (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, página 334-344).

CAPITULO IV.

De la rupia.

»Definicion y division.—No han establecido los autores de un modo muy satisfactorio la existencia y los caractéres de la rupia: unos creen que esta enfermedad no es otra cosa que una sifilide ulcerosa y costrosa; otros la consideran ya como un penfigo, ya como un ectima. Cazenave y Schedel reconocen que la *rupia prominente* se asemeja mucho al ectima crónico (*ecthyma cachecticum* de Willan), y que la *rupia escarótica* parece ser la misma afeccion que el *penfigo gangrenoso* (*Abrégé prat. des mal. de la peau*, p. 167, 168; París, 1838). «La rupia de Bateman, dice Alibert, no difiere tanto, á mi modo de ver, de lo que él mismo designa con el nombre de ectima, que constituya un género aparte; pues seria un género puramente facticio fundado en consideraciones accidentales y de poca importancia» (*Monogr. des dermatoses*; en 4.°, p. 69; París, 1832).

»No hay duda que la rupia, tal como la han descrito Bateman, Rayer, Cazenave y Schedel, Gibert, etc., no es una afeccion venérea; pero confesamos que no tenemos mucha fé en el valor de los caractéres que segun estos autores distinguen semejante enfermedad del penfigo y del ectima. Sea de esto lo que quiera, trasladaremos la descripcion y las divisiones trazadas por los dermatólogos.

»Consiste la rupia en la formacion de ampollas mas ó menos estensas, aisladas, chatas, llenas de un líquido, ora seroso, ora purulento, y á veces sanguinolento, á las cuales suceden costras gruesas y ulceraciones mas ó menos profundas.

»Hánse distinguido tres variedades de rupia: la *rupia simple*, la *rupia prominente*, y la *rupia escarótica*; pero segun confesion de Cazenave y Schedel, estas variedades solo representan tres grados diferentes de la erupcion (loc. cit., p. 166).

»SÍNTOMAS.—*Rupia simple.*—Se presentan en las piernas, algunas veces en los lomos y los muslos, y pocas en las demas regiones del cuerpo, sin que las preceda inflamacion alguna, unas ampollas redondeadas, del tamaño de una peseta, chatas, aisladas, poco numerosas, y llenas de un fluido seroso, amarillento y trasparente. Muy luego se enturbia el líquido, se espesa, se vuelve opaco, puriforme y se concreta en costras parduscas, rugosas, mas gruesas en el centro que en la circunferencia, donde se continuan con el epidermis desprendido en una corta estension por un líquido puriforme.

»Al cabo de algunos dias se ahuecan las costras, se caen, y dejan descubierta una ulceracion superficial del dermis; la cual se cicatriza pronto ó persiste cierto tiempo; reproduciéndose y cayendo alternativamente otras costras cada vez mas delgadas.

»Despues de la cicatrizacion conserva mucho tiempo la piel un color rojo lívido, y aun casi negro (Bateman).

»*Rupia prominente.*—Van precedidas las ampollas de una inflamacion circunscrita de la piel, y se desarrollan sobre una superficie roja, caliente y como eritematosa: son mas anchas que en la forma precedente.

»Se acumula lentamente debajo del epidermis un líquido negruzco, que en el espacio de algunas horas se convierte en una costra gruesa y negra (Bateman, *Abrégé prat. des mal. de la peau*; trad. franc. de Bertrand, p. 294; París, 1820).

«Rodea la circunferencia de la costra una aureola rojiza de algunas líneas de ancho, en cuyo espacio todavia está desprendido el epidermis, hasta que se forma en él una nueva incrustacion, aumentando la estension de la primera. La aureola roja se propaga de nuevo aunque lentamente á la circunferencia; se desprende el epidermis, etc., y con estas adiciones sucesivas, va creciendo el tamaño de la primitiva costra durante un espacio de tiempo que varia desde dos dias á una semana» (Cazenave y Schedel, loc. cit., p. 167).

»Cuando está ya la costra enteramente desarrollada, forma una eminencia cónica, que se parece en algun modo á una concha de ostra ó de almeja, ó al molusco conocido con el nombre de lapa.

»Ora es la costra muy adherente y persiste muchísimo tiempo, á menos que se determine su caida á beneficio de aplicaciones emolientes; ora se halla poco unida al dermis, desprendiéndose al mas leve frote: cuando se cae deja descubierta una ulceracion, tanto mas profunda cuanto mas antigua es la enfermedad, y sobre la que se forma una nueva costra en el espacio de algunas horas.

»De este modo se reproducen sucesivamente muchas costras, hasta que por último se verifica la cicatrizacion.

»En algunos casos no viene otra costra á reemplazar á la primitiva, sino que deja esta en pos de sí una ulceracion estensa, muy profunda, lívida, sanguinolenta, rebelde, y con todos los caractéres de las úlceras atónicas.

»No se verifica la cicatrizacion antes de los dos ó tres septenarios, y en ocasiones se hace esperar mucho mas tiempo. Gibert trae el caso de una mujer, que tenia hacia dos años una rupia prominente, sin haber esperimentado el menor alivio: hallábase cubierta toda la estension de los tegumentos, desde la frente hasta los pies, de enormes costras de un color verde oscuro, desiguales; abolladas, é irregularmente redondeadas, ofreciendo en muchos puntos el volumen de nueces pequeñas, y dejando entre sí cortos intervalos de piel sana, ú ocupada por cicatrices superficiales (obs. de rupia prominente en *Revue médicale*; p. 161, número de febrero, 1843).

»*Rupia escarótica.*—Empieza la enfermedad por manchas lívidas, á cuyo nivel se reune muy luego debajo del epidermis un líquido sero-sanguinolento negruzco: las ampollas son pequeñas, irregulares y rodeadas de una aureola de color rojo violado; no tardan en romperse, y entonces son reemplazadas por ulceraciones lívidas, de bordes rojos é inflamados, de las que fluye un líquido fétido, mezcla de pus y de sangre.

»La rupia escarótica ocupa los lomos, los muslos, las piernas, el cuello, la parte superior del pecho, el abdomen y el escroto: en los niños, que es á quienes ataca mas generalmente, va acompañada de calentura, de dolores mas ó menos agudos, y puede producir la muerte en dos septenarios. Cuando se obtiene la curacion, es siempre á costa de mucho tiempo.

»DIAGNÓSTICO.—Las ampollas del penfigo son mas anchas y prominentes; contienen un líquido trasparente; no dan orígen á costras gruesas y rugosas, ni van seguidas de ulceracion del dermis. «Sin embargo, dice Rayer, el *pemphigus infantilis*, en el cual se halla á veces ulcerada la piel en el centro de las ampollas, parece ser una especie de transicion entre el penfigo y la rupia» (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*; t. I, p. 305; París, 1835).

»La forma mas simple del *ectima*, la que se halla primitivamente constituida por pústulas de cortas dimensiones, no puede confundirse con la rupia; pero á veces se presenta con verdaderas ampollas purulentas, y entonces se hace muy difícil, si no imposible, el diagnóstico diferencial. Dicen los autores que las costras de la rupia son mas gruesas, menos adherentes, rodeadas de una aureola menos inflamada, y seguidas de ulceraciones mas profundas y rebeldes.

»El PRONÓSTICO no es grave por punto general; sin embargo, puede durar el mal muchísimo tiempo, cuando recae en un anciano, en un sugeto debilitado ó de mala constitucion,

y ya hemos dicho que la rupia escarótica en los niños es á veces mortal.

»CAUSAS.—Son desconocidas: se desarrolla esta enfermedad casi esclusivamente en niños ó en ancianos debilitados por la miseria, por habitar en sitios bajos y húmedos, por una mala alimentacion y por enfermedades anteriores; en ocasiones sucede á las viruelas, al sarampion y á la escarlatina; se manifiesta en sugetos afectados de púrpura simple ó hemorrágica, y es mas frecuente en invierno.

»TRATAMIENTO.—La rupia simple no reclama por lo comun mas que un tratamiento local: despues de haber conseguido que se caigan las costras á beneficio de cataplasmas emolientes, y de lociones de la misma naturaleza, se apresura la cicatrizacion del dermis ulcerado con el auxilio de baños alcalinos, de lociones con vino aromático, y de ligeras cauterizaciones con el nitrato de plata. «Muchas veces, dice Rayer, mando espolvorear las úlceras de rupia con cremor de tártaro, que es el tópico que con mas constancia me ha producido buenos resultados.»

»La rupia prominente, y sobre todo la rupia escarótica, exigen casi constantemente un tratamiento general y local á la vez.

»Hacer que mamen la leche de una buena nodriza los niños aniquilados por el hambre, por una leche mala, ó por el uso del biberon, y que los adolescentes, los adultos, y los ancianos, tomen carnes de vaca y carnero y vino generoso; tales son, dice Rayer, los primeros y mas importantes cuidados. A veces es preciso agregar á este régimen la administracion de los amargos, de los tónicos, de la quina y de los marciales.

»Se ha de modificar profundamente las superficies ulceradas por medio del nitrato de plata, de los ácidos nítrico é hidroclórico, del nitrato ácido de mercurio, de la tintura cáustica de iodo, y de los baños alcalinos ó sulfurosos. Biett, Cazenave y Schedel, recomiendan la pomada de proto-ioduro ó de deuto-ioduro de mercurio; pero Plumbe dice que los mercuriales agravan la enfermedad (*A practical treat. on diseases of the skin*; p. 156, Lóndres, 1824).

»Debe vigilarse con atencion el efecto de estos remedios esternos: en la rupia escarótica de los niños es á veces indispensable dar la preferencia á los emolientes.

»Cuando la enfermedad ocupa los miembros inferiores, es necesario prescribir el reposo y la situacion horizontal: los vendoletes aglutinantes son útiles en ocasiones.

»CLASIFICACION. — BIBLIOGRAFIA. — Willan y Bateman colocan la rupia entre las afecciones vesiculosas (órden VI); Biett en el órden de las ampollas (órden III); Alibert la confunde con la flizácia, incluyéndola en el número de las dermatosis eczematosas (grupo I, género V).

»Willan y Bateman son los primeros que han descrito la rupia; y despues de ellos han estudiado la enfermedad Cazenave y Schedel, Rayer y Gibert, pero sin hacerla objeto de ninguna monografia, de ningun trabajo especial» (MON. Y FL., *Comp.*, etc., t. VII, p. 440-442).

CAPITULO V.

De la sarna.

»SINONIMIA.—*Scabies*, Celso, Sauvages, Vogel, Sagar, Willan, Bateman; *psora,* Linneo, Swediaur; *phlysis scabies*, Young; *ecpyesis scabies*, Good; *sarna*, Alibert, Rayer, Cazenave y Schedel, Gibert.

»DEFINICION.—«La sarna, dicen unánimemente todos los autores, es una afeccion contagiosa, *caracterizada por vesículas* discretas, puntiagudas, transparentes en su vértice, acompañadas de un prurito mas ó menos intenso.»

»Fácilmente se conoce cuán defectuosa es semejante definicion. Por de pronto no hace mérito de un signo, que si bien puede desaparecer á cierta época de la enfermedad y bajo la influencia de ciertas circunstancias, no por eso deja de ser el signo patognomónico y constante de la sarna: nos referimos á la presencia de surcos que contienen acaros. Ademas indica como *caracteristicas*, vesículas que se hallan lejos de ofrecer por sí mismas este carácter, que generalmente no sirven por sí solas para fijar el diagnóstico (v. *Diagnóstico*), y que por último, van acompañada con mucha frecuencia de pústulas y de pápulas.

»Por nuestra parte definiremos la sarna: *una afeccion contagiosa, esencialmente caracterizada por la presencia en el cuerpo del hombre, de un número mas ó menos considerable de sarcoptas, que se anidan en surcos sub-epidérmicos, producen un prurito violento, y determinan el desarrollo de vesículas aisladas, puntiagudas, acompañadas muchas veces de pústulas y de pápulas.*

»Esta definicion nos obliga, antes de pasar adelante, á dar algunos pormenores acerca del insecto de la sarna.

»DESCRIPCION DEL INSECTO DE LA SARNA.—*Acaro, sarcopta ó ciron de la sarna* (*Acarus, sarcoptes scabiei hominis.* Aracnides; 2.º órden, aracnides traqueenos; 3.ª familia, aracnides traqueoletros; 2.ª tribu, acarides, Latreille). La importancia patológica de este animalillo exige una descripcion detenida, y para que la obtengan nuestros lectores, lo mejor será reproducir la que ha trazado Raspail con una esactitud de que puede responder uno de nosotros, que ha tenido ocasion de presenciar los ensayos de este escelente observador.

»El acaro de la sarna del hombre tiene cerca de un cuarto de línea de diámetro; es de un color blanco, opalino, trasparente, de forma redondeada y casi circular. Los contornos de su cuerpo ofrecen lóbulos de diferentes formas, segun los movimientos del animalillo y sus diversas posiciones. Hállase cubierta toda la superficie de su cuerpo de estrias formadas

por una vasta red celular, cuyas células son lineares y huecas, y los intersticios de relieve. Esta red opone mucha resistencia, en términos que es muy difícil aplastar el insecto ó dividirle con un instrumento cortante.

»Cuando va andando el insecto, y se le examina de lleno con el microscopio, parece ser aplastado; pero observándole de perfil se ve que son convexas las superficies anteriores y posteriores.

»En su cara dorsal se perciben muchas filas de tuberculillos, armados cada cual de un pelo trasparente inflexible. Las cuatro filas de puntos que descienden hácia el ano y la cabeza, son las que ofrecen pelos mas largos.

»La cabeza está inserta en un ángulo cuyo vértice se prolonga sobre el torax en una línea de color rojo dorado, y tiene por debajo un chupador, en el que no se perciben piezas mandibulares distintas. En la nuca se encuentran dos pares de puntos gruesos, cada uno con un pelo. El hocico es escamoso y como córneo.

»Las patas son ocho; cuatro anteriores, y cuatro posteriores.

»Las patas anteriores, colocadas á los lados del órgano de la manducacion, se componen de cuatro articulaciones y de una pieza basilar oblícua, representando un triángulo con la hipotenusa vuelta hácia la parte posterior del cuerpo. Las articulaciones son poco perceptibles, y todas cubiertas de pelos; la última está erizada de aguijones muy cortos, y armada por debajo de un pelo fuerte, que termina en una dilatacion flexible, una especie de dedal susceptible de hacer el vacío. Estos dedales sirven para la progresion, aplicándose en las diversas superficies, y permitiendo al insecto fijarse en todos los planos. Las patas estan implantadas en unos estuches, mas no se pueden introducir dentro de ellos.

»Las patas anteriores y la cabeza pueden encorvarse hácia abajo, ocultándose debajo del cuerpo, como entran en su concha los cinco miembros análogos de la tortuga. Favorece este movimiento la conformacion de la superficie dorsal del insecto, que sobresale en toda la circunferencia del cuerpo, adelantándose como un techo por encima de las patas y de la cabeza.

»Las patas posteriores son mucho mas cortas que las anteriores; ofrecen la misma organizacion; pero en vez de terminar en dedales, presentan en su estremidad un pelo tan largo como todo el cuerpo del insecto.

»Aunque los pelos de los miembros inferiores de este insecto, dice Raspail, se dirigen hácia adelante, como tiene la facultad de doblar hácia abajo la cabeza y las patas, no deben estorbarle para andar al través de la piel. Facilita este trabajo la presencia de las duras papilas dirigidas hácia atrás, que erizan su espalda, oponiendo una resistencia en este último sentido é imposibilitando todo retroceso; y sobre todo la dureza escamosa de su cubierta esterna que le forma como una especie de concha de tortuga» (Raspail, *Mémoire comparatif sur l'histoire naturelle de l'insecte de la gale*, en *Bull. génér. de thérapeutique*, t. VII, páginas 176-180).

»Nada mas fácil que comprobar la existencia del acarus en los sarnosos, *que todavía no se han sujetado á tratamiento alguno*. En las nalgas, en el pliegue del brazo, en las axilas, en los pies, y sobre todo en la cara dorsal de las manos, en los intervales de los dedos, se perciben unas líneas de puntitos negruzcos (*surcos, cuniculi*), mas ó menos numerosas, de la longitud de media, dos, cuatro, y diez líneas, y algunas veces aisladas, aunque por punto general terminan en una vesícula psórica por una de sus estremidades. Ya volveremos á hablar de la disposicion de estas líneas y de las vesículas; por ahora nos basta decir que en la *estremidad libre* de los surcos, que terminan por la opuesta en una vesícula, ó en cualquiera de las estremidades de los surcos aislados, está un poco levantado el epidermis viéndose un puntito oscuro, que no es otra cosa que el hocico y patas del insecto. En este sitio es donde debe buscarse el acarus; para lo cual se introduce oblicuamente la punta de un alfiler debajo del epidermis, se levanta y redobla una hojilla de este, y debajo de ella se percibe á simple vista el parásito, bajo la forma de un cuerpecillo blanco que se adhiere con suma facilidad á la punta del instrumento. Entonces se le estrae, y colocándole sobre un vidrio de reloj, se nota que al principio permanece inmóvil, pero al cabo de dos á cuatro minutos agita sus patas, y muy luego anda y corre rápidamente.

»¿Puede encontrarse el insecto en otros puntos, á mas del que acabamos de indicar, como por ejemplo, en las vesículas ó en las pústulas psóricas? Mas adelante veremos que algunos profesores muy autorizados, responden todavía de un modo afirmativo á esta pregunta, fundándose en las aserciones de Gales, porque no pueden resignarse á confesar que se han hecho ilusion respecto de este punto; pero tambien nos convenceremos de que todas las circunstancias que han acompañado y seguido á las aserciones de Gales, militan directamente en contra de su opinion. Limitándonos por ahora á consignar los resultados de la observacion, diremos que seguramente se equivocó Duchesne-Duparc, cuando creyó ver sacar de las vesículas dos acaros (*Gazette médicale*, 1834, t. II, p. 565); que Raspail, Emery, Gras, Vernois, y uno de nosotros, hemos estraido centenares de acaros, y todos ocupaban la estremidad de *un surco libre*, ó *el estremo libre* de un surco terminado en una vesícula; y que á pesar de las numerosas investigaciones hechas *ex-profeso*, ninguno de los observadores que acabamos de citar ha podido encontrar un solo acaro en una vesícula ó en una pústula psórica. Renucci, á quien como diremos mas adelante, se debe el descubrimiento definitivo del acarus *en Francia*, y que es por cierto competente en

la materia, se pronuncia formalmente respecto de este punto: «En la sarna del hombre, dice, nunca se encuentra el animalillo en el líquido de las vesículas» (*Sur la decouverte de l'insecte qui produit la contagion de la gale*, etc.; tésis de París, 1835, núm. 83, p. 13).

»Pueden conservarse los acaros vivos despues de estraidos, tres, cuatro y aun seis dias, á una temperatura de 15 á 18 grados.

»Gras ha hecho numerosos esperimentos para determinar la accion de ciertos agentes sobre los acaros. Vamos á dar á conocer sus resultados, que son de mucho interés relativamente á la terapéutica (v. TRATAMIENTO).

»Procedió este autor del siguiente modo. Estraia un acarus y le colocaba inmediatamente en una gota del líquido que queria ensayar, observando con el auxilio del microscopio, cuánto tiempo tardaba el insecto en dejar de moverse y de vivir. «Para evitar todo motivo de error, dice Gras, es preciso tener cuidado de renovar los líquidos que se evaporan fácilmente, ó que dejan precipitar algun depósito. Colocado, por ejemplo, el sarcopta en una disolucion de subacetato de plomo, no tardaria en perecer envuelto en una capa de carbonato de plomo, si no se renovase la gota de líquido; y por el contrario, tomando esta precaucion puede vivir el insecto bastante tiempo.»

»Los esperimentos de Gras se hicieron á la temperatura ordinaria el mes de setiembre (1834).

»Sumergido el acaro en agua pura, continua viviendo al cabo de tres horas.

»Introducido en un líquido algo viscoso, como una disolucion de goma, deja de moverse, pero añadiendo agua se manifiesta lleno de vida.

»En una gota de agua salada se agita todavia, aunque poco, al cabo de dos horas.

»En una disolucion de subacetato de plomo se conserva vivo mas de una hora.

»En el agua de cal muere á los tres cuartos de hora.

»En vinagre perece á los veinte minutos.

»En alcohol á 30.° muere tambien á los veinte minutos, siendo la muerte mas pronta si se le añade naftalina.

»En una disolucion de carbonato alcalino muere á los veinte minutos.

»En una disolucion concentrada de hidriodato de potasa no vive mas que cuatro ó seis minutos.

»En una disolucion de ácido arsenioso muere á los cuatro minutos.

»En la esencia de trementina muere á los nueve minutos.

»En una gota de aceite comun, de almendras dulces ó de ricino, se agita el insecto mas de dos horas.

»En una gota de aceite de crotontiglium continúa viviendo despues de transcurrida una hora.

»En la creosota, en los álcalis y los ácidos minerales concentrados, muere inmediatamente.

»La accion de los sulfurosos era la que mas importaba conocer.

»Colocado en ácido sulfúrico dilatado en tres partes de agua, murió el insecto á los tres minutos.

»Sumergido en flores de azufre, vivia aun al cabo de una hora.

»Puesto en un vidrio de reloj al vapor de azufre desprendido por combustion, murió á los diez y seis minutos.

»Un sarnoso que haya tomado dos ó tres baños sulfurosos (cuatro onzas de sulfuro de potasa en cada baño), suele conservar todavia acaros vivos.

»Una sola friccion con la pomada de Helmerik (manteca, 8 partes; azufre 2 partes; subcarbonato de potasa, 1 parte) mata generalmente los insectos; y cuando se ha usado este remedio algunos dias, solo quedan restos en forma de pelos largos, que son los que mas se resisten á la descomposicion (Gras, *Recherches sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme*; París, 1834, p. 27-29).

»Es de mucha importancia para el patólogo conocer bien las *costumbres* de los acaros, y por lo tanto vamos á entrar en pormenores, que estrañamos no hallar en las obras mas modernas de dermatologia, porque sin ellos no se puede formar una nocion esacta de la *naturaleza de la sarna*.

»Respecto de este punto utilizaremos tambien la memoria de Gras. Cuando este observador hacia sus investigaciones sobre el acaro, uno de nosotros estudiaba con él en el hospital de San Luis, y por lo tanto puede responder de la esactitud de esperimentos que se hacian á su vista, y que él mismo repetia en no pocas ocasiones. Insistimos en esta circunstancia, porque todavia no estan acordes los pareceres relativamente al papel que desempeña el acaro en la sarna, y porque queremos prevenir al lector, que si emitimos un juicio opuesto al de muchos dermatólogos, no es en razon de simples inducciones teóricas, sino por una conviccion fundada en hechos numerosos y rigurosamente comprobados.

»Observando muchos sarcoptas con el microscopio, rara vez se deja de sorprender algunos poniendo unos huevecillos oblongos, blancos, trasparentes, y de la tercera parte de la longitud del insecto. Las madres abandonan estos huevos, á no ser que se queden detenidos en sus pelos.

»Si se pone un sarcopta sobre la piel, se le ve echar á andar siguiendo con preferencia las arrugas del epidermis, y ejecutando un movimiento particular, que consiste en elevar la parte posterior de su cuerpo, y asirse por medio de los dedales en que terminan sus patas anteriores.

»Si despues de colocados algunos sarcoptas en la piel, y sobre todo en la del brazo, cerca

de la muñeca, se los cubre con un vidrio de reloj bien sostenido, no tardan los insectos en penetrar debajo del epidermis, abriéndose su conductito de la forma que ya hemos descrito. Al propio tiempo percibe el sugeto sometido al esperimento una comezon mas ó menos violenta, que en ocasiones se empieza á sentir tres ó cuatro horas despues de aplicados los insectos.

»Varia mucho el tiempo que tarda el insecto en terminar su trabajo. Gras ha visto sarcoptas que emplearon catorce y aun veinte dias para hacer un conducto de dos líneas; al paso que otro adelantó en tres dias el mismo terreno. Sin embargo, á las veinticuatro horas de puestos los animalillos en la piel, se hallan siempre los insectos introducidos en conductos como de media línea de largo.

»Para hacer el insecto su conductillo, levanta el epidermis por medio del hocico, en cuya operacion le auxilian los pelos que erizan su dorso, y que como dice muy bien Raspail, no le permiten retroceder. Probablemente serán estos pelos los que produzcan la comezon.

»El animalillo camina entre el epidermis y el cuerpo mucoso; el trayecto que recorre suele ser tortuoso, y á veces sigue las arrugas naturales de la piel.

»Ocupa el insecto, como hemos dicho, una de las estremidades del conductillo, donde permanece sin moverse durante un tiempo variable, que puede llegar á muchas semanas despues de la aparicion del surco. Al cabo de este tiempo se encuentra ya el insecto completamente desarrollado, desaparece, y el surco se va borrando poco á poco. Entonces queda libre el sarcopta, y se oculta en las arrugas de la piel, en los dobleces de las articulaciones, etc. Anda con rapidez, y puede variar de sitio fácilmente.

»En ciertos casos antes de que se vean los conductillos, y generalmente despues, á los cinco, ocho, doce, catorce, y aun diez y seis dias despues de aplicados los insectos sobre la piel, se presentan unas vesículas puntiagudas, discretas, y en ocasiones pustulillas, dispuestas, relativamente á los surcos, de diferentes maneras dignas de tenerse en cuenta.

»Por lo comun las primeras vesículas que se presentan estan en un estremo ó en el trayecto de un surco que las ha precedido; las que siguen, por el contrario, y aun en algunos casos las primitivas, se hallan aisladas, manifestándose á menudo en partes del cuerpo en que no se encuentra un solo conductillo. Lo mismo sucede con las pústulas, que por lo demas son mucho mas raras, y generalmente se manifiestan muchos dias y aun muchas semanas despues de las vesículas.

»Estas se presentan de pronto sin ningun síntoma precursor; crecen luego con mas ó menos rapidez, y parece que el calor favorece su desarrollo.

»Examinando con cuidado las vesículas á beneficio de una lente, desde que empiezan á formarse, se ve en muchas de ellas, ya hácia su vértice, ya en un lado, un puntito negro, que á veces se prolonga formando un semi-círculo, situado en el espesor del epidermis sobre una manchita blanquecina. Si se comprime la vesícula, pero sin romperla, sale por este punto un poco de serosidad.

»Luego que estan las vesículas mas desarrolladas, se percibe desde el punto negro que acabamos de indicar, una línea de puntitos negruzcos ó blanquecinos, que ora van del vértice á la circunferencia, ora atraviesan la vesícula como un diámetro ó como una cuerda, y no es otra cosa que el conductillo. El insecto se encuentra, como ya hemos dicho, en la estremidad de este conductillo opuesta al puntito negro que se ve en la vesícula; de donde se le puede estraer sin que se derrame nada de serosidad, porque nunca existe comunicacion entre la vesícula y el conductillo.

»Aunque á veces se cruzan los surcos, nunca ha visto Gras que empiecen dos en una misma vesícula.

»A la vesícula primitiva acompañan á veces otras tres ó cuatro, que se desarrollan sobre el trayecto del conductillo sin comunicar con él; pero tambien pueden faltar estas últimas.

»Hállanse á menudo vesículas en el trayecto de un conductillo, sin que las haya precedido vesícula primitiva, y aun esto es lo que se observa en la mayoria de los casos.

»Las vesículas aisladas, desarrolladas en puntos en que no existen surcos, aparecen sobre todo en el tronco, los brazos, los antebrazos y los muslos, siendo muy raras en los pies y en las manos.

»Asi como hay vesículas sin surcos, asi tambien se ven surcos sin vesículas primitivas ni consecutivas. Sin embargo, conviene advertir que muchas veces se rompen las vesículas con el roce de la ropa, ó porque se rasca el enfermo; que otras se abren espontáneamente, y que por lo tanto, antes de afirmar que no han existido, debe examinarse con cuidado, si no presenta la piel en una de las estremidades del surco ó en sus inmediaciones, algun puntito privado de epidermis, y rodeado de un cordoncillo característico, que es la señal de haber existido una vesícula (Gras, loc. cit., páginas 20-31).

»Tambien Aube ha hecho curiosas investigaciones sobre las costumbres del acaro, ilustrando en gran manera, como luego veremos, la etiologia, y la naturaleza de la sarna.

«La mayor parte de los sarnosos, dice este médico, á quienes hemos preguntado de qué modo habian contraido la sarna, nos han dicho que durmiendo con otro individuo afectado del mismo mal. Los demas se habian puesto en contacto mas ó menos directo con sarnosos, ó con sus camas ó vestidos. Pero estos últimos eran

tan pocos, que estarian con los primeros en la proporcion : : 5: 100. Habiéndonos llamado la atencion esta enorme diferencia, y reflexionando ademas que rarísima vez participan de la infeccion los enfermeros esclusivamente encargados de la asistencia de los sarnosos, ni los médicos que examinan á cada paso gran número de enfermos, nos ocurrió la idea de que podia atribuirse esta circunstancia á una causa que hasta entonces ni aun se habia sospechado, y que podia muy bien suceder que el acaro de la sarna fuera un insecto nocturno, como las chinches y otros varios.

»Para comprobar esta hipótesis, trató primero Aubé de buscar el acaro de noche y con luz en la piel de los enfermos; pero no pudo encontrarlo, cosa fácil de esplicar en razon de la pequeñez del insecto, y de su color parecido al de la piel. Tomó entonces muchos acaros, los metió entre dos vidrios dispuestos de modo que no los estorbáran para moverse, y observó atentamente sus maniobras, obteniendo los siguientes resultados.

»De dia se iban los insectos á los ángulos de los vidrios, y solian permanecer en ellos completamente inmóviles, ó si andaban era con mucha lentitud y como si les costara trabajo y solo quisieran buscar un asilo mas conveniente; de modo que no adelantaban mas de una línea por minuto. Si se ponia la caja de cristal en un sitio oscuro, se retiraban los insectos al parage menos claro, sin moverse, ni dar signo alguno de vida.

»Pero de noche era muy distinto: los insectos, *tan pacíficos de dia*, no tenian un momento de reposo; se agitaban; iban continuamente de un punto á otro, y recorrian en el mismo espacio de tiempo una estension cuatro veces mas considerable que durante el dia.

»De estos esperimentos ha deducido Aubé las siguientes conclusiones.

»El acaro de la sarna del hombre es un insecto *nocturno*. Buscando un asilo mas seguro que los pliegues de la piel ó los pelos que la cubren, se labra una pequeña habitacion debajo del epidermis, y en ella se oculta todo el dia. De noche abandona su retiro para buscarse su subsistencia; recorre todo el cuerpo; le ataca en muchos puntos, y cada una de sus mordeduras produce una vesiculilla. Al amanecer vuelve el insecto á meterse en su escondite (Aubé, *Considerations générales sur la gale et sur l'insecte qui la produit*; tésis de París, 1836, núm. 60, p. 12-16).

»Necesitabamos entrar en todos los pormenores que preceden, antes de plantear la cuestion relativa al papel que desempeña el acaro en la sarna. Ahora ya podemos determinar con conocimiento de causa, si este insecto es el *artesano*, ó simplemente el *parásito* de la afeccion psórica.

«No me parecen enteramente concluyentes, dice Rayer (*Traité theor. et prat. des mal. de la peau*; París, 1835, t. I, p. 466), los esperimentos que se han hecho con objeto de averiguar si es realmente el insecto el artesano de la sarna.»

»Cazenave y Schedel (*Abregé prat. des mal. de la peau*, 3.ª edic.; París, 1838, p. 142) se manifiestan tambien dudosos, haciendo algunas objeciones, á que luego contestaremos.

»Gibert describe la sarna como hubiera podido hacerlo diez años há. Apenas menciona el acaro, y en cuanto á las investigaciones de que ha sido objeto este insecto, y á las cuestiones de patogenia que se refieren á su existencia, guarda el mas absoluto silencio. «Algunos observadores, dice, han creido poder atribuir á un insecto particular, que habian descubierto en las vesículas de la sarna, la causa del desarrollo y de la propagacion de la enfermedad» (*Traité prat. des maladies spéciales de la peau*; París, 1839, p. 126). A esto se reduce cuanto dice Gibert sobre tan importante cuestion.

»Por otra parte, Emery (sesion de la Academia real de medicina del 16 de setiembre de 1834), Gras (loc. cit.), y Aubé (loc. cit.), consideran decididamente al acaro como la única causa de la sarna, y nosotros nos adherimos á esta opinion, que por lo demas se ha sostenido desde hace mas de un siglo (v. BIBLIOGRAFIA).

«*Si el acaro es la causa de la sarna*, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 143), *por qué no se le encuentra siempre*? Fácil es responder á esta objecion. No se encuentran acaros en los sarnosos cuando estos han sufrido un tratamiento, ó cuando por haber alcanzado el insecto su completo desarrollo, ha abandonado su surco y aun el cuerpo del hombre (Gras). Muchas veces no existen mas que dos ó tres surcos en un mismo individuo ¿qué tiene, pues, de estraño que se oculten al observador que no sabe en qué punto ha de encontrarlos?

«*Por qué*, dicen los mismos autores, *no hay relacion entre el número de las vesículas y el de los acaros*? Los esperimentos de Aubé dan una razon satisfactoria de esta diferencia, que ademas podria esplicarse de otro modo. En efecto, bien pudiera la presencia de los acaros determinar una irritacion cutánea especial, resultando las vesículas, no solamente de la accion mecánica de los insectos, sino á consecuencia de esta irritacion.

»*Cómo*, continúan Cazenave y Schedel, *se esplicarán esos hechos de contagio, tan frecuentes y bien comprobados, en que solo por dar la mano á un sarnoso, y aun por tocarle ligeramente los dedos, ha contraido un sugeto la enfermedad? Nunca se han visto en la superficie de la piel ni el insecto ni sus huevecillos; su existencia es, digámoslo asi, sub-epidérmica, siendo preciso para encontrarlo andar escarbando con un instrumento agudo, y por lo tanto no es de creer que vaya á trasmitirse de una persona á otra por un simple contacto.* Pero los hechos de contagio de que hablan Cazenave y Schedel,

lejos de ser muy frecuentes, son escesivamente raros; y de todos modos, no atribuyéndolos á una emigracion del acaro, ó á traslacion de sus huevecillos, solo podrian esplicarse por el contacto del líquido de las vesículas psóricas; lo cual ofrece una dificultad, y es que está demostrado por repetidos é incontestables esperimentos, que dicho líquido se pone en contacto con la piel, y aun se inocula, impunemente. Gras asegura que cuando los insectos han adquirido todo su desarrollo, abandonan sus madrigueras, y se encuentran libres en la superficie de la piel; Aubé cree que salen de noche de sus surcos, en cuyo caso bien puede alguno de ellos cometer un error *de tiempo*; y por último, Gras afirma positivamente que los acaros ponen sus huevos sobre la piel, y no debajo del epidermis.

«*Por qué*, dicen, *si el acaro es la única causa de la sarna, solo se le encuentra en las manos y en las muñecas*? Efectivamente, es indudable que entre los dedos es donde mas comunmente se encuentran los sarcoptas; pero tambien se los halla en la flexura del brazo, en la axila, en la íngle, en la parte interna de los muslos, en el vientre (Aubé), y entre los dedos de los pies. Y aun sin esto, qué estraño seria que tuvieran los sarcoptas, como tantos otros insectos, un asiento predilecto?

«*Pero*, añaden, *si la sarna depende del acaro, será una afeccion local de causa esterna, y entonces ¿cómo se esplican los hechos de repercusion y retroceso?* Mas adelante demostraremos que no existe en la ciencia un solo hecho bien averiguado de retropulsion psórica. Ademas ya hemos dicho (véase los artículos ECZEMA, y ENFERMEDADES DE LA PIEL EN GENERAL), que nosotros entendemos por retroceso de una afeccion cutánea, no como han hecho y continuan haciendo todavia algunos autores, la traslacion de un sitio á otro de un ser material, de un *vicio*; sino la desaparicion de una enfermedad de la piel, bajo la influencia de un tratamiento repercusivo, desecante, ó bajo la de una inflamacion coexistente mas enérgica. Segun esta esplicacion, que es la única que justifican los hechos, del mismo modo puede verificarse el retroceso de una inflamacion cutánea de causa esterna, que el de una inflamacion de causa interna.

»En verdad, cuesta trabajo comprender cómo teniendo á mano una causa física manifiesta, han podido todavia los mas recomendables autores continuar atribuyendo la sarna á una causa interna, cuya existencia no se halla probada de modo alguno. Ya en otro parage (v. *Enfermedades de la piel en general*) hemos demostrado cuánto amengua una observacion rigurosa el influjo de las causas internas en la produccion de las enfermedades cutáneas, consideradas de un modo general. Ahora solo añadiremos, que si puede caber duda respecto de alguna de ellas, no así en verdad relativamente á la sarna.

»Aun *à priori*, hipótesis por hipótesis, creemos que la mas razonable seria la de admitir el acaro como causa esencial y única de la sarna ¿qué diremos, pues, en vista de los hechos y consideraciones que militan á su favor?

»Si el acaro solo fuese un parásito que se desarrollára espontáneamente á favor de la suciedad y del calor, como los gusanos en el queso añejo ¿qué esplicacion tendrian los casos en que se le encuentra durante el invierno, en personas muy limpias y de clase elevada, á quienes á veces se pega la sarna de sus criados? «¿Por qué, dice Gras, tendria el acaro la singular propiedad de vivir únicamente en los sarnosos, sin existir nunca en sugetos que solo son desaseados, ni en los que padecen otras afecciones cutáneas de forma vesiculosa ó papulosa? No se diga que le atrae la inflamacion, porque nunca se instala en parages inflamados; ni tampoco la serosidad de las vesículas, porque huye de ella. Ademas, debe tenerse en cuenta que la sarna se cura á beneficio de simples fricciones con sustancias irritantes, que tienen la propiedad de matar los sarcoptas.»

»Por otra parte, los esperimentos de inoculacion son harto perentorios. Si podemos con Emery (Informe leido en la Academia de medicina de Paris, sesion del 31 de octubre de 1834), considerar como insuficientes las aserciones de Renucci, quien afirma (sesion de la Academia de medicina de Paris, 23 de setiembre de 1834) haber producido repetida y constantemente la sarna, aplicando sarcoptas sobre la piel de individuos sanos, ¿qué duda puede quedarnos despues de los esperimentos de Gras? La aplicacion de los insectos determinó siempre el desarrollo de vesículas evidentemente psóricas, y no creemos que para mayor seguridad fuese necesario, como pretendia Cornac (sesion de la Academia de medicina de Paris del 16 de setiembre de 1834), conservar los acaros y sus vesículas el tiempo suficiente para dar lugar al completo desarrollo de una verdadera sarna. Lejos de eso nos persuadimos, que si Cornac hubiera estado en lugar de Gras, no hubiera necesitado tanto para formar su conviccion.

»El hermano de Renucci asegura (*Gazette des hôpitaux*, 9 de setiembre, 1839) haber curado á un niño de la sarna, sin mas que hacer que le estrajera todos los sarcoptas que tenia en las diferentes partes de su cuerpo, una muchacha muy diestra en esta operacion.

»Fundados en lo que precede, no titubeamos en considerar al acaro como la única causa de la sarna, y debemos decir que Cazenave nos ha declarado que en la actualidad es ya de esta opinion. Semejante etiologia modifica profundamente cuanto han escrito los autores contemporáneos sobre la naturaleza y el tratamiento de la afeccion que nos ocupa, asignando á esta en la clasificacion de las enfermedades cutáneas, un sitio muy diferente del que hasta ahora se le habia conservado.

»DIVISION DE LA SARNA.—Willan y Bateman describen cuatro especies de sarna: 1.º *sarna papuliforme* ó *sarna terrible*; 2.º *sarna linfática* ó *acuosa*; 3.º *sarna purulenta*; 4.º *sarna caquéctica* (Bateman, *Abregé prat. des mal. de la peau*, trad. por Bertrand; París, 1820, p. 240). Alibert distingue una *sarna legítima* (*scabies exquisita*), y otra *bastarda* (*sarna falsa*, *anómala*, *crítica*, *metastática*, *scabies spuria*). Renucci (tésis citada, p. 23) establece las cuatro variedades siguientes: 1.º *sarna vesiculosa*; 2.º *sarna papulosa* ó *seca*; 3.º *sarna pustulosa*, *sarna gruesa* ó *phlyzacia*; 4.º *sarna falsa*.

»Estas divisiones carecen de fundamento sólido. Bateman no indica mas carácter diferencial entre sus dos primeras especies, que el de tener las vesículas de la segunda algun mas volumen, y en cuanto á la *sarna caquéctica*, la describe de un modo oscuro, confundiendo sin duda la sarna con varias complicaciones (*impétigo*, *psoriasis*), con afecciones cutáneas consecutivas, y aun con enfermedades enteramente estrañas á la erupcion psórica (loc. cit., p. 250).

»El mismo Alibert confiesa que la *sarna falsa* sucede á la *legítima*, y que la producen la suciedad y los tópicos escitantes (loc. cit., página 684); por manera que la reduce á una complicacion.

»Nunca presentan los sarnosos esclusivamente pápulas ó pústulas: unas y otras acompañan siempre á las vesículas, y ó bien dependen del grado de la enfermedad, ó bien de alguna complicacion.

»Fabricio Hildano, Riverio y Pringle, han hablado de *sarnas críticas*, que se desarrollaban *espontáneamente* á consecuencia del parto, ó como crisis de calenturas y de diferentes enfermedades agudas y crónicas. Biett dice con razon (*Dict. de méd.*; París, 1836; artículo GALE, t. XIII, p. 554), que probablemente incurririan estos autores en error de diagnóstico, llamando *sarna* á otras afecciones vesiculosas ó pustulosas, mas ó menos análogas á semejante enfermedad. Por nuestra parte seremos mas esplícitos que Biett; pues como no admitimos la posibilidad del desarrollo espontáneo de la sarna (véase CAUSAS), negaremos rotundamente la existencia de la sarna crítica.

»A imitacion de Biett, Cazenave y Schedel y Rayer, no consideraremos en la sarna mas que una sola especie, refiriendo á complicaciones ó á grados diversos de la enfermedad, los síntomas variables en que estan fundadas las divisiones que hemos enumerado.

»SÍNTOMAS.—Para estudiar con método los síntomas de la sarna, supondremos que un individuo acaba de esponerse al contagio, y observaremos el desarrollo de los fenómenos psóricos, segun el órden como aparecen. Por otra parte necesario es proceder asi, si se ha de formar una idea esacta de la sarna.

»*Incubacion.* «En los niños, dice Biett (loc. cit., p. 540), se manifiesta generalmente la erupcion cuatro ó cinco dias despues del contagio; en los adultos ofrece este período una duracion media entre ocho á quince dias en verano, y doce á veinte en invierno; duracion que aun puede disminuir en los sugetos de temperamento sanguíneo, y ser mayor en los de temperamento bilioso. En los ancianos y en los individuos afectados de enfermedades crónicas, pasan muchas semanas, y aun á veces *muchos meses*, desde la época del contagio hasta la de la erupcion de las vesículas.»

»Concíbese en efecto, que el calor y la finura y delicadeza de la piel favorezcan el desarrollo de la enfermedad; pero no pueden formarse cálculos esactos con los datos, casi siempre inesactos ó alterados á sabiendas, que suministran los enfermos. Sin mas prueba, no podemos admitir que la incubacion sea capaz de prolongarse muchos meses. Nunca hemos visto que dure tanto; antes al contrario, siempre que hemos interrogado cuidadosamente á los enfermos, haciéndoles responder con precision y recordar las diferentes circunstancias que han podido ocasionar el contagio, nos hemos convencido de que el período de incubacion no ha podido pasar de tres semanas cuando mucho.

»Por lo demas, solo con numerosos ensayos de inoculacion puede obtenerse una evaluacion exacta, y esos estan por hacer. Los hechos observados por Gras son demasiado escasos, para que puedan aceptarse definitivamente los cálculos de este autor, quien cree que cuando la sarna se trasmite por medio de huevos, varía el tiempo de la incubacion desde un dia hasta ocho ó diez, segun que esten mas ó menos próximos á abrirse los huevecillos, y que puede ser mas largo este período, cuando se verifica el contagio por medio de acaros arrancados de sus madrigueras por las uñas del enfermo, y trasportados á un individuo sano antes de haber adquirido su completo desarrollo.

»*Asiento primitivo de los síntomas psóricos.* Manifiéstanse primero los síntomas, como es natural, en el parage donde se ha verificado el contagio ó efectuado el contacto. Efectivamente en las muñecas y los intervalos de los dedos, que son las partes mas espuestas á recibir el acaro, es donde en la gran mayoria de casos se presentan las primeras señales del mal. Sin embargo, hay circunstancias particulares que ejercen mucha influencia respecto de este punto. En los sombrereros, tintoreros, obreros que trabajan con ácidos concentrados, herreros, cerrageros, y demas artesanos que tienen endurecida y callosa la piel de las manos, se manifiesta con preferencia la sarna en los brazos, las axilas y el vientre; en los sastres, que usan almohadillas comunes á muchos individuos, aparece en las palmas de las manos; y en los que se ejercitan en tirar al florete, empieza por la mano derecha, donde se ponen el guante que sirve á los demas. En los niños de pecho empieza la sarna por las nal-

gas, que se hallan en contacto con las manos y antebrazos de sus amas. «Ultimamente, dice Biett, se conocen hechos, aunque raros en verdad, en que ha empezado la sarna por la cara, á donde se ha trasmitido por contacto inmediato, ó por el de telas que habian servido á sarnosos.» Sin negar de un modo absoluto la esactitud de este aserto, debemos decir que uno de nosotros ha observado muchos cientos de sarnosos, sin encontrar jamás en ninguna época de la enfermedad, ni surcos, ni vesículas, ni ningun otro síntoma psórico en la cara. Cazenave y Schedel tampoco han sido mas afortunados. «Puede, dicen, encontrarse la sarna en todos los puntos del cuerpo, esceptuando sin embargo el rostro, que siempre se preserva..... Se han citado casos de haberse trasmitido la enfermedad á la cara por el cuello de una capa; pero dudamos que entonces hubiera verdadera sarna, porque hemos visto millares de sarnosos, sin haber hallado una sola vez la erupcion en semejante sitio» (loc. cit., páginas 136-138).

»El primer síntoma que se manifiesta, es un prurito mas ó menos vivo, que se declara en las partes contagiadas, precediendo á todos los demas fenómenos: muchas veces es violentísimo, aunque no se perciban todavia surcos ni vesículas. Se aumenta por las tardes y sobre todo de noche, haciéndose mas enérgico con el calor, las bebidas alcohólicas, y todas las causas que activan la circulacion cutánea.

»Muy luego se presentan surcos y vesículas, pero ofreciendo en su aparicion las diversas particularidades que hemos indicado. Ora preceden las vesículas á los surcos; ora no se observan sino muchos dias despues que estos. Por lo comun terminan los surcos por una de sus estremidades en una vesícula; pero á menudo tambien estan aislados. Las vesículas se desarrollan por punto general en el trayecto ó á las inmediaciones de los surcos, aunque pueden asimismo hallarse muy distantes. Ya hemos estudiado la forma, estension y direccion de los surcos, y sus relaciones con el insecto y con las vesículas, y por lo tanto no insistiremos aqui en estos pormenores.

»Las vesículas psóricas son pequeñas, puntiagudas, discretas, trasparentes en su vértice. Abriendo una de ellas, y enjugando la serosidad, se ve en su centro una pequeña cavidad, debida mas bien á la tumefaccion del dermis circunyacente, que á una verdadera ulceracion, puesto que las vesículas de la sarna nunca dejan cicatrices. «En algunos casos, dice Gras (loc. cit., p. 20), he creido notar que se podia separar una porcion del epidermis que cubre la vesícula sin penetrar en esta, lo cual si fuera constante, pareceria indicar que ademas de la cubierta epidérmica tenian otra propia.»

»Varía mucho el número de las vesículas. En algunos casos, y principalmente en invierno, en los ancianos é individuos débiles, son poco numerosas las vesículas, ocupando solo las partes que han sufrido el contacto inmediato; generalmente solo existen algunas diseminadas entre los dedos, en las muñecas, y en la cara anterior de los antebrazos; siempre se encuentran surcos que terminan en vesículas ó estan situados á sus inmediaciones: el prurito es entonces poco intenso. Otras veces, y sobre todo en verano, en los sugetos sanguíneos ó linfáticos, en las mujeres y en los niños, se desarrollan las vesículas rápida y abundantemente, manifestándose primero en los miembros, cerca de las articulaciones en el sentido de la flexion, y luego en el vientre, las nalgas, el pecho, etc. Entonces puede hacerse general la erupcion, aunque sin embargo, siempre respeta la cara y la piel del cráneo. Las vesículas se desarrollan en partes en que no se encuentra un solo surco. El prurito es insoportable; los enfermos se rascan sin cesar, y se desgarran con las uñas las vesículas; derrámase el líquido contenido en estas, y se concreta formando escamillas delgadas y poco adherentes. Es tal muchas veces la violencia con que se rascan los enfermos, que hacen saltar sangre de las porcioncitas de dermis denudado que constituyen el fondo de las vesículas; en cuyo caso se forman costras negruzcas, semejantes á las que se observan en los ancianos afectados de prurigo.

»En los individuos robustos, sanguíneos y pletóricos, en aquellos que por su profesion se hallan espuestos á una temperatura muy elevada, en los que viven en la suciedad, se rascan con violencia, abusan de los alcohólicos ó guardan un régimen muy escitante, y finalmente, cuando se abandona largo tiempo la enfermedad á sí misma, se hace mucho mas intensa la inflamacion del dermis, presentándose pústulas, ora pequeñas y discretas, parecidas á las del impétigo; ora anchas y de base inflamada como las del ectima (*sarna pustulosa, falsa, gruesa*, etc. de los autores). Muchas veces tambien se desarrollan pápulas, mas ó menos numerosas, en los intervalos que separan las vesículas y las pústulas (*sarna papulosa*). Tampoco es raro en estos casos que se estienda en algunos puntos la inflamacion hasta el tejido celular subcutáneo, determinando la formacion de furúnculos y de abscesos. Las colecciones purulentas, que se observan principalmente en las axilas, en la márgen del ano y en los miembros, y que el vulgo conoce con el nombre de *depósitos de sarna*, se han atribuido por algunos autores á la *repercusion* y al *retroceso* de esta enfermedad: ya volveremos á ocuparnos de este asunto (véase TERMINACIONES). En los individuos de mala constitucion, afectados de sífilis, de escrófulas, que tienen numerosas vesículas muy confluentes, y que á fuerza de rascarse han denudado porciones del dermis bastante considerables, las escoriaciones, superficiales al principio, adquieren en ocasiones malos caractéres, trasformándose en úlceras mas ó menos rebeldes (*sarna caquéctica* de Willan).

»Tales son los únicos síntomas que en rea-

lidad pertenecen á la sarna. «Las erupciones y flegmasias internas que pueden acompañarla, dicen con razon Cazenave y Schedel, son verdaderas complicaciones: por mas estensa que sea la erupcion, nunca determina esos formidables accidentes que algunos le han atribuido» (loc. cit., p. 139).

»Curso, duracion y terminacion.—Nunca se cura espontáneamente la sarna; tiene una tendencia contínua á progresar, y abandonada á sí misma, dicen Cazenave y Schedel, puede durar años enteros y aun toda la vida. Tratándola acertadamente, por el contrario, se cura en un espacio de tiempo que varía entre seis y veinte dias, segun el grado á que ha llegado la enfermedad, la naturaleza del tratamiento empleado, la oportunidad de su aplicacion, etc. (v. tratamiento).

»Si bien no se cura espontáneamente la sarna, tampoco termina nunca por la muerte. Algunos autores han afirmado que podia la sarna trasformarse en otra afeccion cutánea; pero no es asi: sucede á veces que se manifiesta otra erupcion al mismo tiempo que la psórica ó durante su curso, persistiendo despues de ella; mas en tales casos no hay trasformacion, sino complicacion.

»Muchos autores antiguos han trazado un cuadro sumamente sombrio de los accidentes consecutivos á las *metastasis*, á los *retrocesos*, á las *repercusiones psóricas*, y aun en nuestros dias se ha hablado de estas funestas terminaciones de la sarna. «Ramazzini, Testa, y algunos otros observadores, dice Rayer (loc. cit., p. 457), aseguran haber visto sobrevenir hematurias, afecciones del corazon y otras muchas enfermedades graves, despues del retroceso de la sarna. Por mi parte no he observado ninguno de estos hechos, que son *rarísimos.*» No podemos admitir esta última asercion. ¿En que se funda Rayer para creer que han existido y son posibles los hechos de que habla? Será sin duda en el testimonio de los autores, puesto que confiesa no haber visto jamás casos análogos. Pues bien, no dudamos declarar, que no existe en la ciencia una sola observacion, que tenga bajo este aspecto la menor importancia. Unos, como Favereille-Placial (*Diss. sur les accidents funestes qui resultent du mauvais traitement de la gale et de sa repercussion*; tésis de París, 1805, núm. 548), han confundido bajo el nombre de *sarna* eczemas, impétigos, prurigos y sifilides (tés. cit., p. 6-7); ó han atribuido al retroceso síntomas pertenecientes á la misma enfermedad. El mismo autor que acabamos de citar, consideraba como accidentes de retroceso, los abscesos formados en la márgen del ano y en los muslos, en sugetos que poco tiempo antes habian contraido la sarna, y lo que es mas admirable, creia que esta circunstancia le ponia en el caso *de volver á comunicar la erupcion á los enfermos!* (loc. cit., p. 10). Por lo comun se han citado como ejemplos de retroceso, enfermedades que no podian tener conexion alguna con la sarna, y que no pocas veces se han manifestado muchos años despues de haber desaparecido la erupcion: mas adelante veremos, que para justificar esta opinion se han inventado mil absurdos sobre la *naturaleza* de la sarna. Háse puesto en contribucion todo el cuadro nosológico, atribuyendo al retroceso de la afeccion psórica tisis pulmonales, hidropesias, paralisis, manias, hemorragias, epilepsias (Wenzel, *die Nachkrankheiten von zuruck getretener Krätze*; Bamberg, 1826), amaurosis (Wenzel, Lanzoni, *Ephem. Acad. nat. curios.*, cent. IX y X, p. 14), empiemas (*Recueil periodique de la Societé de Médecine de Paris*; t. XLI, p. 41, y t. XLII, p. 216), y hasta *torticolis* (Wenzel)! Todavia son mas estraordinarios los hechos referidos por Goerdens (*Sternutatio insolita nimia à scabie retropulsa*; en *Acta Acad. nat. curios.*; t. VIII, p. 384), Hannes (*De spasmo vesicæ urinariæ lethali ex scabie retropulsa*; en *Acta Acad. nat. curios.*; tomo VI, p. 125), y Virdung (*De abdominis, scroti, pedumque, tumore immenso in puero ex retropulsa scabie orto*, en *Acta Acad. nat. curios.*; t. V, p. 183).

»Alibert, Biett, Emery, Cazenave, Rayer y Gibert, han visto millares de sarnosos, y nunca han podido encontrar un solo caso de retroceso. No hay duda que pueden manifestarse enfermedades intercurrentes de cualquier especie en sugetos afectados de sarna, y aun puede una flegmasia visceral hacer desaparecer momentáneamente la inflamacion cutánea, producida por la mordedura de los sarcoptas, por un tratamiento esterno demasiado irritante, y por los mismos enfermos cuando se rascan con violencia; pero los casos de este género no lo son de retroceso.

»*A priori*, y teniendo solo en cuenta la causa próxima, la naturaleza de la enfermedad, no puede admitirse en el dia la posibilidad del retroceso, de la repercusion de la sarna, y esta teoria se halla confirmada por la observacion. El mismo José Frank, á pesar de sus teorias humorales exageradas, se pronuncia terminantemente respecto de este punto: «Repugna, dice, á la sana razon la doctrina del retroceso de la sarna.» Muy notable es semejante declaracion en boca del autor del *Praxeos*.

»Recidivas.—Son estas muy frecuentes en los sarnosos; pero siempre se deben á una de las siguientes causas: ora los enfermos, apenas curados, se esponen otra vez al contagio y contraen una *nueva* sarna; ora abandonan el tratamiento demasiado pronto y antes que se hayan destruido los huevecillos depositados en su cuerpo por los sarcoptas, y se reproduce la erupcion en cuanto se desarrollan nuevos acaros.

»Diagnóstico.—«La sarna, dicen Cazenave y Schedel, es una de las enfermedades de la piel cuyo diagnóstico tiene mas importancia, porque el menor error puede, no solamente comprometer la reputacion del médico, sino ade-

mas, ó bien inspirar sospechas injustas, privar á alguno de su colocacion, separarle de los suyos, etc.; ó bien dar á toda una familia seguridades engañosas sobre una enfermedad, cuyo rápido contagio puede comunicarse muy luego á todas las personas de la casa.» Estas reflexiones son muy juiciosas, y hartas ocasiones se presentan de comprobar su esactitud; pues tal es la negligencia con que se estudian por lo comun las enfermedades de la piel, que para muchos prácticos son totalmente desconocidas.

»La presencia de acaros es el signo patognomónico, y el que ante todo debe buscarse. Cuando se llega á descubrir un insecto, ya no es posible dudar: existe la sarna sean cualesquiera las complicaciones que la acompañen.

»Cuando no se encuentra acaros, lo cual puede consistir, ó en que no se esplore con bastante atencion todas las partes del cuerpo, ó en que existan muy pocos insectos ocultándose á las mas minuciosas investigaciones, ó en que sea antigua la enfermedad, ó en que el sugeto haya sufrido anteriormente algun tratamiento; entonces varia el diagnóstico segun las circunstancias.

»Generalmente la forma, la disposicion de las vesículas, su asiento cuando estan situadas entre los dedos, el prurito, y el desarrollo de la enfermedad por contagio, no permiten desconocer la sarna; pero á menudo tambien es muy dificil el diagnóstico. En algunos casos no se puede decidir á primera vista, siendo necesario aguardar á que la erupcion continúe haciendo progresos, y presente caractéres mas marcados.

»Las vesículas y las pústulas psóricas pueden referirse á un eczema simple ó á un impétigo.

»*Eczema.* En el eczema simple estan las vesículas aglomeradas, son mas chatas y menos animadas; el prurito es mas bien un escozor general que una comezon, y generalmente no ocupa la erupcion los intervalos de los dedos. Mas no siempre son muy pronunciados los caractéres diferenciales, siendo muy dificil el diagnóstico cuando el eczema ocupa las manos, como suele suceder en los individuos que por su profesion tienen que manejar sustancias irritantes, pulverulentas, etc. (lavanderas, drogueros, etc.)

»*Impétigo.* No existe diferencia alguna entre las pústulas impetiginosas y las psóricas; pero el impétigo no va acompañado de prurito, y casi nunca ocupa las manos.

»*Liquen simple.—Prurigo.* Una vez desgarradas las vesículas psóricas, y remplazadas por costrillas negruzcas, fácilmente puede confundirse la sarna con el liquen simple ó el prurigo. En este caso conviene recordar que las pápulas que constituyen estas dos últimas afecciones, son mucho mas numerosas y aglomeradas que las vesículas psóricas, ocupando principalmente el dorso, los hombros y los miembros *en el sentido de la estension.* El prurito que acompaña al prurigo, es mas intenso que el de la sarna; y en el liquen, por el contrario, es poco notable el prurito. Ultimamente, en la sarna casi siempre se encuentran algunas vesículas intactas todavia.

»Repitámoslo: á pesar de los caractéres diferenciales que acabamos de indicar, es dificilísimo, sino imposible, de establecer el diagnóstico de la sarna, cuando no se encuentran surcos ni sarcoptas, las vesículas estan rotas y son poco numerosas, y no puede demostrarse, ni aun sospecharse, el desarrollo de la enfermedad por contagio. En los casos de este género no pueden menos de quedar en duda aun los médicos mas esperimentados y que mejor conocen las enfermedades de la piel.

»*Sarna simulada.* Vénse á menudo indigentes que buscan en los hospitales un asilo contra el frio y el hambre, prisioneros y soldados á quienes halagan las dulzuras de la enfermeria ó la estancia en el hospital, y que para lograr sus fines, simulan la sarna por medio de picaduras practicadas con alfileres gruesos en las muñecas ó entre los dedos. La ausencia de surcos, de vesículas, de pústulas, de pápulas, en una palabra, de todos los síntomas que caracterizan la sarna, basta para poner en claro la supercheria, que de todos modos se hace manifiesta al cabo de algunos dias de observacion.

»*Pronóstico.* El de la sarna es siempre favorable en el doble concepto de que la curacion es la terminacion constante de la enfermedad, y de que usando un tratamiento oportuno puede obtenerse en pocos dias.

»Puede ser útil la sarna, ya como fenómeno crítico, ya produciendo una derivacion favorable hácia la piel?

»José Frank, á quien citamos con complacencia por la razon que hemos indicado, dice que no puede admitirse una sarna crítica, y que los que opinan de diverso modo, ó bien confunden la sarna con otra enfermedad, ó bien suponen que es crítica esta afeccion, en casos en que el enfermo la ha adquirido casualmente hácia el fin de la dolencia, ó no ha reparado en ella hasta entonces.

»Biett, Cazenave y Schedel, y la mayor parte de los dermatólogos modernos, son del mismo modo de pensar de José Frank, que como ya hemos dicho es tambien el nuestro, puesto que consideramos al acaro como la única causa de la sarna, y que este insecto no se desarrolla por generacion espontánea.

»Háse dicho que bajo la influencia de la sarna habian desaparecido afecciones graves, y algunos médicos hasta han llegado á procurar que ciertos enfermos adquiriesen semejante mal. Se han citado hidropesias (Jerzembski, *Diss. de scabiei salubritate in affectibus hydropicis*, Halæ, 1777), vesanias, enfermedades del corazon, tisis pulmonales, etc., curadas de este modo. No necesitamos decir que no debe darse crédito á tales aserciones. Como la sarna

determina una irritacion violenta y estensa de la piel, puede en algunos casos derivar una ligera flegmasia interna, aguda ó crónica: pero su influjo no pasa de aquí, y cuando el médico crea del caso producir artificialmente semejante derivacion cutánea, podrá recurrir á medios mucho menos repugnantes, y mas eficaces, que la inoculacion de la sarna.

»Complicaciones.—Hemos dicho que la irritacion psórica no solo producia vesículas en la piel, sino tambien pápulas y pústulas, que por consiguiente deben incluirse entre los síntomas de la sarna. En los sugetos jóvenes, vigorosos, sanguíneos, pletóricos, y en casi todos los sarnosos, cuando se rascan con violencia, ó ha estado mucho tiempo la enfermedad abandonada á sí misma, ó se prescribe un tratamiento esterno demasiado irritante, ó bien se prolonga escesivamente el uso de los agentes antipsóricos; adquieren dichas lesiones un gran desarrollo, y acaban por constituir verdaderas complicaciones. Asi es que la sarna se complica á menudo con *eczema*, con *liquen*, *impétigo*, y *ectima*. Ya hemos visto que á veces se estiende la inflamacion al tejido celular, complicándose entonces la sarna con *furúnculos* ó con *abscesos*.

»La sarna, que acomete especialmente á los individuos sumidos en la miseria y en la suciedad, puede complicarse con el *escorbuto*, que se manifiesta en iguales circunstancias. Entonces suelen las vesículas psóricas presentarse de color lívido, y cubrirse de costritas oscuras que dan orígen á escoriaciones superficiales.

»La *sífilis* y las *escrófulas* en nada modifican los síntomas y el curso de la sarna. Pueden sobrevenir como enfermedades coexistentes *flegmasias membranosas* y *parenquimatosas*, y cuando *estas se hacen muy intensas*, se deprimen y desaparecen las vesículas psóricas. Tomando el efecto por la causa, se han considerado como ejemplos de retroceso muchos casos de esta especie.

»Etiologia.— *Causas predisponentes.* — Lo son todas las circunstancias que favorecen el contagio, como el *sexo masculino* y la *edad adulta*, la *miseria* y ciertas *profesiones*, como la de sastre, de colchonero, de mercaderes ambulantes, de comisionados viajeros, etc. En efecto, los jóvenes, los indigentes, y los sugetos dedicados á los oficios que acabamos de indicar, estan mas particularmente espuestos á acercarse á sarnosos, á dormir en malas posadas, en camas que han servido á sugetos contagiados, y á veces con otro y aun otros compañeros, y á tocar vestidos, trapos y colchones, que hayan pertenecido á sarnosos. «Se adquiere la sarna, dice J. Frank, por la permanencia en el campo, los barcos, los hospitales, las escuelas, los baños públicos, los sitios destinados al baile, las tabernas, las casas de prostitucion, donde pululan tantos insectos inmundos. Es de notar, continúa J. Frank, que las lavanderas, que muchas veces lavan ropas muy infestadas, nunca contraen la sarna, lo cual debe atribuirse al uso del jabon.» Mouronval (*Rech. et observ. sur la gale*; Paris, 1821) contó entre 1867 personas afectadas de sarna que fueron admitidas en el hospital de San Luis durante el año 1820, 1234 hombres y 633 mujeres: 1342 de estos enfermos tenian de quince á veinticinco años.— *Clima.* Algunos autores dicen que la sarna es *endémica* en Córcega, España é Italia, atribuyendo semejante endemia al clima de estos pueblos. Posible es en efecto que el calor favorezca la reproduccion de los acaros, y por consiguiente la propagacion de la enfermedad; pero todavia no se halla esta influencia demostrada de una manera positiva. Tan comun es la sarna en Polonia como en Córcega; y creemos que se han atribuido al clima efectos de la miseria, de la suciedad, y de la falta de un tratamiento conveniente y aun de todo remedio. — *Temperamento.* La sarna acomete con preferencia á individuos sanguíneos y linfáticos: es rara en los biliosos; pero esto depende, como dicen Cazenave y Schedel, de que no abundan mucho estos últimos temperamentos.

»*Causas determinantes.* A nuestro modo de ver, es el contagio la única causa determinante de la sarna: se verifica por medio de los sarcoptas ó de sus huevecillos, como mas por menor hemos dicho en otro lugar.

»Se efectúa el contagio inmediatamente de un enfermo á un sano, ó mediatamente á beneficio de objetos que hayan servido á un sarnoso. En la inmensa mayoria de los casos (95 veces de 100, segun Aubé) se trasmite la sarna de noche é inmediatamente, por acostarse en una misma cama un sarnoso y un sugeto sano. Ya hemos visto que Aubé considera al sarcopta como un insecto nocturno, esplicando asi esta circunstancia, que pudiera tambien deberse simplemente á que en tales condiciones es el contacto mas íntimo y mas prolongado que en ninguna otra.

«La sarna, dice Rayer (loc. cit., p. 459), se trasmite de hombre á hombre por el contacto del humor de sus vesículas.» Parece increible que sin apoyarse en prueba alguna haya asentado Rayer como un hecho generalmente admitido, una asercion que nunca ha podido demostrarse, y que se halla positivamente desmentida por los esperimentos de Lugol, Mouronval y Gras, que han inoculado muchísimas veces la serosidad de las vesículas psóricas sin obtener el menor resultado.

»¿Puede trasmitirse la sarna de los animales al hombre? Dice Alibert, que de un caballo sarnoso adquirieron muchos sugetos una *erupcion escabiosa*, y que en otro caso, dos individuos que habian uno desollado y otro rellenado de paja una leona muerta con sarna, fueron acometidos de esta enfermedad (ob. cit., página 561). Mouronval dice haber visto tres casos de sarna comunicada por gatos, y uno por un perro (loc. cit., p. 9-10). Biett ha visto em-

pleados del museo de historia natural á quienes se habia pegado la sarna por cuidar unos camellos que la padecian, y añade que en otra ocasion se trasmitió la misma enfermedad de un perro á un jóven que le acariciaba muy á menudo (ob. cit., p. 544). A pesar de estos testimonios, creemos con el mismo Biett, que todavia no se halla demostrada la trasmision de la sarna de los animales al hombre.

»Tratamiento.—Enorme es el número de los remedios antipsóricos, y presentar una lista de todos ellos seria tan fastidioso como inútil. Nos limitaremos, pues, á indicar las preparaciones que merecen mencionarse, estableciendo despues el tratamiento racional de la sarna.

»1.° *Estafisagria.*—Ranque (*Mém. et observ. cliniq. sur un nouveau procédé pour la guerison de la gale*; París, 1811) prescribia lociones con el siguiente líquido: R. polvos de semilla de estafisagria, media onza; estracto de adormideras, dos dracmas; agua diez y seis onzas; cuézase por veinte minutos. Biett ha ensayado este medio, que le ha producido resultados muy dudosos, aunque en muchos casos continuaba su uso hasta cincuenta dias (Biett, art. cit.). Otros esperimentos hechos en el hospital de San Luis, han demostrado que este remedio irritaba mucho la piel, determinaba el desarrollo de eczemas é impétigos, y provocaba dolores articulares, insomnio, calentura, y accidentes gastro-intestinales.

»2.° *Eléboro blanco.*—Pringle y Heberden hacian uso de una pomada compuesta del siguiente modo: R. polvos de raiz de eléboro blanco, una dracma; manteca, una onza. Biett ha sometido cuarenta enfermos á este tratamiento, que ha durado por término medio trece dias, sin ofrecer el menor inconveniente.

»3.° *Tabaco.*—Boerhaave y otros muchos han preconizado las lociones con un cocimiento de tabaco (R. hojas de tabaco, dos onzas; agua diez y seis onzas: para dos lociones al dia). Melier ha ensayado este medicamento, habiendo tardado veinte dias por término medio en todo el tratamiento (Melier, *Experiences comparatives sur le traitement de la gale*, en *Bull. des sc. med.*; julio 1825, p. 240). Este remedio suele determinar laxitudes, desazon, vómitos, y la mayor parte de los efectos tóxicos de la nicociana.

»4.° *Tomillo.*— El tratamiento con las siguientes lociones le ha durado á Cazenave diez y siete dias por término medio: R. tomillo, tres onzas; agua hirviendo, tres libras; háganse tres lociones diarias (*Bull. de therap.*, 1841, t. XX, p. 112). Añadiendo vinagre á esta preparacion ligeramente modificada (tomillo, dos onzas; agua, tres libras; vinagre, ocho onzas), se logra que la duracion media del tratamiento no pase de doce dias.

»5.° *Plantas aromáticas.*—Cazenave ha obtenido resultados muy satisfactorios de las lociones alcohólico-aromáticas, usando las dos preparaciones que siguen: R. esencias de romero, espliego, menta y limon, áá. una dracma; alcohool rectificado, tres libras; agua quince libras.—R. menta piperita, romero, tomillo, salvia y espliego, áá. ocho onzas, alcohol rectificado, doce libras; agua, ocho libras: quebrántense las plantas, macérense en el alcohol por diez dias, y fíltrese.

»6.° *Brea.*—Alibert (*Bull. de therap.*; tomo IX, p. 114), y posteriormente el doctor Pentzlin (*Allgemeines Repertorium von kleinert*; Leipsic, 1837; cuad. de enero, p. 92), han obtenido buenos efectos de la brea. La duracion media del tratamiento ha sido de diez dias (brea, dos dracmas; manteca, una onza: dos fricciones diarias).

»7.° *Aceite comun.*—Delpech (*Bull. des sc. med.*; octubre 1827, p. 175) y Boileau de Castelnau (*Revue méd.*; setiembre 1828, p. 406) han aconsejado unas simples lociones con aceite comun. Emery dice haber usado con fruto el mismo medio.

»8.° *Jabon.* — Thomann y Helmerich han empleado las lociones jabonosas (*Journ. gén. de méd.*; agosto 1837). Dornblueth (*Zeitschrift fur die gesammte Medizin*; junio, 1842), y Sicherer (*Allgemeines Repertorium von kleinert*; marzo, 1836, p. 51), han empleado el jabon negro. El último asegura que la duracion media del tratamiento no pasa de ocho dias. El jabon negro determina siempre una irritacion viva de la piel, y un eritema general seguido de descamacion.

»9.° *Mercurio.*—Hánse empleado frecuentemente los mercuriales en el tratamiento de la sarna. Biett ha esperimentado la *pomada citrina*, la *de Werlhof* (calomelanos, una parte; manteca, ocho partes), y las lociones de *nitrato de mercurio*. La duracion media del tratamiento ha sido de 14 dias en el primer caso, de 20 en el segundo, y de 15 en el tercero. A Biett le han producido malos efectos las pomadas de *proto-ioduro* y de *deuto-ioduro de mercurio*. Melier ha usado unas lociones mercuriales (mercurio vivo, dos onzas; ácido nítrico, cuatro onzas; agua quince libras), habiendo exigido el tratamiento 20 dias por término medio. La *quinta esencia antipsórica de Mettemberg*, preconizada por su autor, que hizo un secreto de su composicion, parece tener por base el *deuto-cloruro de mercurio* (*Bull. de pharmacie*; año 1.°, agosto, p. 354). Habiéndose ensayado este remedio secreto en el hospital de Val-de-Grace en París, ante una comision nombrada por el ministro de la guerra, se acordó proscribir su uso. Los mercuriales no ofrecen ventaja alguna en el tratamiento de la sarna, y determinan casi siempre accidentes mas ó menos graves, como erupciones cutáneas, infartos glandulares, estomatitis, tialismo, etc.

»10. *Plomo.*—Se han ensayado, pero sin éxito, las lociones de agua vegeto-mineral. El doctor Lison asegura, que por el contrario se cura el mal en seis dias por término medio, usando el tratamiento siguiente: R. litargirio,

una onza; aceite comun, cuatro onzas; póngase á un fuego lento, y agítese hasta que se disuelva bien el litargirio. Deben hacerse dos fricciones al dia con 16 granos de ungüento cada vez (*Bull. de therap.*; t. IX, p. 31).

»11. *Sulfato de zinc.*—Hegenisch (*Horn's Archiv.*; t. III, p. 218) y Harless (*Hufeland's journal*, mayo 1816, p. 32), han preconizado las lociones de sulfato de zinc; pero no se han hecho esperimentos con este medicamento.

»12. *Alcanfor.*—Melier ha obtenido la curacion en el término medio de trece dias, con el uso de un linimento alcanforado (R. alcanfor, dos dracmas; aceite comun, dos onzas: dos fricciones diarias). Cazenave ha usado sin ventajas manifiestas una locion aceto-alcanforada (R. alcanfor, media onza; vinagre blanco, tres libras).

»13. *Amoniaco.*—Con el linimento volátil (R. amoniaco líquido, dos dracmas; aceite comun, dos onzas) ha obtenido Melier curaciones en el término medio de catorce dias.

»14. *Cloro.*—Derheins y Fantonetti han preconizado el uso del cloruro de cal (R. cloruro de cal, una y media á tres onzas; agua, diez y seis onzas, para tres ó cuatro lociones diarias), asegurando que por medio de este medicamento se ha verificado la curacion del sesto al décimo dia (*Bull. gén. de therap.*; t. III, p. 366). Cazenave dice que el tratamiento por los cloruros le ha durado por término medio catorce dias (R. líquido de Labarraque, onza y media; agua, tres libras: para tres lociones diarias).

»15. *Sulfuro de cal.* — Pyhorel prescribe fricciones con sulfuro de cal mezclado con aceite comun en el momento de usarlo (dos fricciones de á media dracma cada dia). Melier ha empleado este medicamento, habiendo necesitado por término medio veinte dias; pero Biett, que le cree muy útil, dice haber curado veinte enfermos, uno con otro en once dias.

»16. *Iodo.*—Cazenave ha usado lociones ioduradas (R. iodo, media dracma; ioduro de potasio, dos y media dracmas; agua, tres libras: para tres lociones diarias), habiendo sido el resultado doce dias de tratamiento por término medio en los hombres, y nueve en las mujeres.

»17. *Acido nítrico.*—Alyon (*Essai sur les proprietés médicales de l'oxygene*: París, 1758), preconiza una pomada compuesta de manteca y de ácido nítrico, que tambien ha usado con ventaja Leschen (*Loder's Journal fur die chir.*; t. II, p. 139). Biett la ha ensayado obteniendo la curacion en el término medio de catorce dias.

»18. *Acido muriático oxigenado.*—No tenemos datos positivos acerca de este medicamento, que ha sido elogiado por algunos autores (*Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*; t. XXV, p. 194.—*Hufeland's jour.*; 1803, t. I, p. 35).

»19. *Acido sulfúrico.*—Helwich, Bry (*Recueil period. de la Soc. de méd. de París*; t. XLV, p. 370), y Gahn (*Med. and philosoph. comment. by a soc. in Edinburgh*; t. I, p. 103), aconsejan las lociones de ácido sulfúrico diluido (R. ácido sulfúrico, 1 parte; agua, 30 á 40 partes). El doctor Laine ha aplicado este tratamiento á seiscientos sarnosos, habiendo logrado su objeto por término medio en ocho dias (sesion de la real Academia de ciencias de París, del 29 de setiembre, 1834).

»20. *Azufre.*—Biett ha ensayado en veinte enfermos la pomada sulfurada simple (R. azufre, una parte; manteca, cuatro partes; para dos fricciones diarias de á una onza), habiendo sido de quince dias la duracion media del tratamiento. «Este procedimiento tan sencillo y poco costoso, dice Biett, tiene la ventaja de no determinar accidente alguno notable, y solo tiene como todos los cuerpos grasos unidos al azufre, el inconveniente de dar mal olor, de manchar las ropas, y dejar en los tegumentos un barniz nada agradable.»

»Devergie prescribe lociones de hígado de azufre disuelto en tres ó en seis veces su peso de agua. «Para el tratamiento de la sarna discreta, dice este autor, uso solamente el líquido mas dilatado; pero en la confluente uso durante dos dias el mas cargado, y termino con el mas flojo.» La duracion media del tratamiento no llega á seis dias: las manchas que quedan en la ropa blanca, desaparecen con la legia.

«Sin embargo, añade Devergie, tiene este tratamiento los inconvenientes propios de la naturaleza misma de la sustancia que forma su base, y del modo de usarla el enfermo. Las disoluciones demasiado cargadas, y las fricciones muy enérgicas, desarrollan rápidamente un liquen simple, que aun cuando se cure con el uso de algunos baños, no deja de ocasionar un picor que desazona al enfermo. En las mujeres es en las que mas rápidamente se presenta este estado papuloso de la piel, por cuya razon no suelo prescribirles mas que la disolucion mas floja, y aun á veces reduzco el hígado de azufre á la proporcion de una parte por ocho de vehículo» (*Bull. de therap.*; 1841, t. XX, página 22).

»Clark (*An essay on diseases of the skin*; Lóndres, 1821), y Rapou (*Traité de la methode fumigatoire*; París, 1823), han elogiado las fumigaciones sulfurosas que introdujo Gales en la terapéutica de la sarna en 1812, y que fueron aprobadas por comisiones de la Facultad de medicina y del Consejo general de los hospitales, habiéndose usado durante algun tiempo en la mayor parte de los hospitales civiles y militares de Europa. Empero, segun los ensayos de Melier, tardan por término medio veintiun dias en producir su efecto, y treinta y tres segun los de Biett.

«Las fumigaciones sulfurosas, dice este último profesor, no ofrecen tantas ventajas como se ha querido suponer. Cierto es que cuestan poco, no dejan mal olor, ni alteran la ropa blanca; pero todas esas buenas cualidades se hallan mas que compensadas por la larga du-

racion del tratamiento. Las mujeres apenas pueden resistirlas; muchas veces esperimentan con ellas palpitaciones insoportables y otros accidentes, que obligan á retirarlas inmediatamente del aparato. En una multitud de individuos se halla este medio evidentemente contraindicado. Se ha pretendido, continúa Biett, que se podia abreviar la cura multiplicando las fumigaciones; pero estamos convencidos de que la mayoria de los enfermos no puede resistir dos fumigaciones en las veinticuatro horas» (art. cit.).

»21. *Sulfuro de potasa.*—Jadelot (*Bull. de la Fac. et de la Soc. de méd de Paris*; 1813, p. 231), preconizó los baños sulfurosos, y Melier y Biett los han esperimentado. El primero ha fijado en diez y siete dias la duracion media del tratamiento; y el segundo en veinticinco.

»Réstanos hablar de muchas preparaciones *complexas*, que generalmente se conocen con los nombres de sus autores.

»22. *Pomada de Pringle.*—Se compone de eléboro blanco y sal amoniaco, áá. dos dracmas; azufre, una onza; manteca, dos onzas y cinco dracmas: para cuatro fricciones. Melier ha fijado la duracion media del tratamiento con esta pomada, en diez y nueve dias.

»23. *Linimento de Fournier.*—Aceite comun, dos onzas; amoniaco y alcanfor, de cada cosa dos dracmas. Duracion media del tratamiento, once dias (Melier).

»24. *Pomada de Chaussier.*—Flores de azufre y acetato de plomo, dos partes; sulfato de zinc, una parte: se mezcla una pulgarada con aceite comun. Duracion media del tratamiento diez y seis dias (Melier).

»25. *Pomada de Alibert.*—Flores de azufre no lavadas, una onza; muriato de amoniaco, dos dracmas; manteca, dos onzas. Duracion media del tratamiento trece dias (Melier).

»26. *Pomada de Melier.*—Subcarbonato de sosa, dos onzas; agua, una onza; aceite comun y flores de azufre, de cada cosa cuatro onzas. Duracion media del tratamiento, trece dias.

»27. *Ungüento de Jasser.*—Azufre sublimado, vitriolo blanco, y bayas de laurel, partes iguales; aceite comun, cantidad suficiente. No tenemos datos acerca de la accion de este medicamento.

»28. *Lociones de Dupuytren.*—Agua, 750 partes; sulfuro de potasa, 128 partes; ácido sulfúrico, 16 partes; para dos lociones al dia. Duracion media del tratamiento, diez y seis dias (Melier y Biett). Percy habia obtenido con esta preparacion los mas ventajosos resultados; pero no los han confirmado los esperimentos de Biett. Irrita mucho la piel y determina á menudo dolores profundos en las articulaciones rádio-carpiana y húmero-cubital.

»29. *Linimento de Valentin.*—Azufre nativo y cal viva, partes iguales: tritúrense con aceite comun. Duracion media del tratamiento, quince dias segun Melier, y doce segun Biett.

»30. *Linimento de Jadelot.*—Sulfuro de potasa, 192 partes; jabon blanco, 1,000 partes; aceite comun, 128 partes; aceite volátil de tomillo, 8 partes. Duracion media del tratamiento, quince dias (Melier y Biett). «El linimento de Jadelot, dice Biett, es difícil de conservar.... la mayor parte de los enfermos á quienes se ha prescrito, han tenido comezon, sudores copiosos y una desazon muy notable; en muchos se han manifestado erupciones vesiculosas (eczema rubrum, eczema impetiginodes), y algunos han presentado tambien erupciones urticadas, ardientes é insoportables» (art. cit.).

»31. *Pomada de Laubert.*—Azufre, 16 partes; protóxido de plomo, 1 parte; manteca, cantidad suficiente. Este medio calma pronto el prurito; pero irrita mucho la piel y determina con frecuencia notables trastornos en las funciones digestivas. La duracion media del tratamiento es de veinticinco dias (Biett).

»32. *Pomada de Hospital.*—Cloruro de cal, dos onzas; azufre sublimado, onza y media; manteca, seis onzas: dos fricciones diarias. El autor de este medicamento asegura que se halla exento de inconvenientes, y que el tratamiento dura por término medio ocho á diez dias (*Bull. de therap.*; t. V, p. 58).

»33. *Pomada de Emery.* — Jabon negro, 128 partes; sal marina, 64 partes; azufre, 64 partes; alcohol, 16 partes; vinagre, 32 partes; cloruro de calcio, 8 partes: dos fricciones diarias de cuatro dracmas cada una. Se creyó al principio que esta sustancia daba muy buenos resultados, reduciendo el tratamiento á menos de ocho dias por término medio (*Bull. de therapeutique;* t. VIII, p. 294). Pero no se han realizado tales esperanzas, y el mismo Emery ha llegado á abandonar este medicamento complicado, cuyos componentes deben dar lugar á reacciones mútuas y descomposiciones, y que por otra parte es una simple modificacion de la pomada de Hafenrelfer. En su lugar propone, y dice haber usado con ventaja, la siguiente que es mucho mas sencilla. R. jabon verde, 2 partes; azufre, 1 parte; agua, cantidad suficiente: dos fricciones diarias.

»34. *Pomada inglesa.*— Azufre sublimado, una onza; raiz de eléboro blanco, dos dracmas; nitrato de potasa, cuatro onzas; jabon verde, onza y media; manteca, tres onzas: para cuatro fricciones. Este tratamiento es en su aplicacion sumamente complicado, y no entraremos aqui en los larguísimos pormenores que á ella se refieren (véase *Bull. gén. de therap.*; t. XVI, p. 138). Muchos médicos alemanes (Ratter, Stannius, Leue, etc.) han prodigado elogios á la pomada inglesa, que se ha usado tambien mucho tiempo en los hospitales militares de la Bélgica. En 1831 dispuso la administracion del servicio de sanidad del ejército que se la abandonara, porque se habia visto que determinaba á menudo accidentes graves (erisipelas, úlceras cutáneas, abscesos, desórdenes nerviosos, etc), que las curaciones obte-

nidas con ella eran muchas veces incompletas; que comunicaba á las salas, á la ropa blanca y á los enfermos, una suciedad repugnante, y por último, que era un método de tratamiento muy costoso.

»35. *Pomada belga.*—Desde 1834 se ha sustituido en los hospitales militares belgas á la pomada inglesa la siguiente preparacion: R. flores de azufre y cal viva, de cada cosa nueve libras; agua llovediza, ciento cincuenta libras: póngase todo en una caldera, y redúzcase por la ebullicion á la densidad de 10°. Segun Florent Cunier esta preparacion no ofrece inconveniente alguno; la irritacion que produce en la piel es moderada, y la duracion media del tratamiento no pasa de siete dias (*Bull. gén. de therap.*; t. XVI, p. 141).

»36. *Pomada de Helmerick.*—Azufre sublimado, 2 partes; potasa purificada, 1 parte; manteca, 8 partes. Esta pomada, que no es invencion de Helmerick, fue largo tiempo un remedio secreto, y estuvo muy en boga (*An. de la Soc. de médecine de Montpellier*; t. XXXII, p. 364; *Bull. de la Faculté et de la Soc. de méd. de París*; 1814, p. 11). En 1822 dió á conocer su composicion el doctor Burdin, asegurando que curaba la sarna en dos dias, con tal que se usase del siguiente modo: 1.° baño jabonoso para preparar al enfermo á sufrir el tratamiento; 2.° tres fricciones diarias hechas cerca de la lumbre, con una onza de pomada cada vez; 3.° otro baño jabonoso para limpiar la piel (Burdin, *Méthode du docteur Helmerick pour guerir la gale en deux jours*; París, 1822).

»Todavia se usa con frecuencia la pomada de Helmerick, aunque no se han realizado todas las esperanzas que hiciera concebir en un principio. Dando dos fricciones diarias, han curado la enfermedad, Melier en once dias, y Biett en trece. «Si es cierto, dice este último, que con semejante tratamiento se han obtenido curaciones en uno ó dos dias, será porque solo se le haya usado en sarnas recientes, simples, y en sugetos robustos.» Biett ha tratado diez enfermos segun las reglas indicadas por Burdin. Uno solo se curó en cuatro dias sin accidente alguno; en los demas fue preciso suspender varias veces el medicamento, para combatir las erupciones producidas por la irritacion general de la piel. La duracion media del tratamiento en todos diez enfermos, fue de catorce dias (art. cit.).

»37. *Pomada de Biett.*—Azufre sublimado, 2 partes; subcarbonato de potasa, 1 parte; manteca, 8 partes: dos fricciones diarias de cuatro dracmas cada una. Esta pomada, que solo es una modificacion de la de Helmerick, sustituyendo á la potasa pura el carbonato de la misma base, se ha usado mucho tiempo esclusivamente en el hospital de San Luis. «Este método, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 194), es el que produce mas prontos y constantes efectos, y el que con menos frecuencia determina erupciones accidentales. La duracion media del tratamiento es de doce dias.

»38. *Locion de Cazenave.*—Ioduro de azufre y ioduro de potasio, de cada cosa una parte; agua, 15 partes. El tratamiento que actualmente emplea Cazenave en el hospital de San Luis, es el siguiente: tres lociones diarias con el líquido que acabamos de indicar, y todos los dias alternando un baño simple y una fumigacion sulfurosa. La duracion media del tratamiento es de catorce dias.

»*Tratamiento racional de la sarna.*—Enumerados ya los principales medicamentos que se han puesto en uso para combatir la sarna, nos resta dar á conocer las indicaciones terapéuticas que se presentan en esta afeccion, y el modo de satisfacerlas que en nuestro concepto sea mas conveniente.

»La sarna es una enfermedad puramente local, y por consiguiente solo reclama un tratamiento local tambien, cuyas indicaciones pueden reasumirse del siguiente modo: 1.° destruir los sarcoptas que existan actualmente en el cuerpo de los sarnosos, y oponerse al desarrollo ulterior de nuevos insectos; 2.° combatir la irritacion cutánea producida por la presencia de los sarcoptas, y por la accion de los medicamentos irritantes que se han de usar para satisfacer la primera indicacion. Varian los medios que conducen á este doble objeto, segun que la sarna es *simple* ó *complicada*.

»*Sarna simple.*—Cuando el sugeto que padece la sarna es sanguíneo, pletórico, ó tiene la piel muy irritable, deberán preceder al tratamiento antipsórico baños simples, una sangria del brazo, y la administracion de algunos purgantes suaves; pues si se descuidan estas precauciones, como la sustancia de que se echa mano para destruir los sarcoptas es por necesidad mas ó menos irritante, determina casi siempre desde los primeros dias el desarrollo de erupciones urticadas, vesiculosas, pustulosas, papulosas, de erisipelas, de furúnculos, de abscesos, en una palabra, de todas las complicaciones que en las circunstancias que acabamos de indicar, se manifiestan espontáneamente al cabo de algun tiempo, cuando se abandona á sí misma la dolencia. Es tanto mas necesario este tratamiento preparatorio, cuanto mas intensa, antigua y estensa sea la enfermedad; y por el contrario, seria inútil en las condiciones opuestas á las que acabamos de enumerar.

»No es fácil la eleccion del medicamento antipsórico, á pesar de las numerosas investigaciones que se han hecho con este objeto, ó mas bien en razon de estas mismas investigaciones. Sin embargo, atendido el estado actual de la ciencia, estableceremos una distincion que no deja de ser importante en la práctica.

»En los hospitales, y tratándose de enfermos pobres, el precio del medicamento es una circunstancia muy atendible, y por lo tanto creemos que debe recaer la eleccion, ó en la

pomada sulfuro-alcalina de Biett (Azufre sublimado, 2 partes; subcarbonato de potasa, 1 parte; manteca, 8 partes), ó en la de Emery (jabon verde, 2 partes; azufre, 1 parte; agua, cantidad suficiente), ó bien en las lociones de Devergie (hígado de azufre, 1 parte; agua, 3 ó 6 partes). Si la esperiencia confirma los resultados anunciados por este último autor, no podrá menos de adoptarse su tratamiento en todas partes, porque reune á un precio módico, una duracion media muy corta, y la ventaja de no alterar la ropa blanca.

»Pero cuando los pacientes disfrutan algunas comodidades, se puede tener en cuenta la suciedad, el disgusto, la repugnancia que llevan consigo las preparaciones sulfurosas y los cuerpos crasos, y entonces creemos que conviene elegir entre las lociones iodaradas de Cazenave (iodo, 2 partes; ioduro de potasio, 10 partes; agua, 1000 partes), y las lociones alcohólico-aromáticas del mismo médico. Uno de nosotros ha usado con frecuencia un medio, cuya primera idea le fue inspirada por el profesor Gras, y que tiene la ventaja de ser á un mismo tiempo fácil, *agradable* y eficaz: consiste simplemente en lociones con *esencia de espliego*. Pueden hacerse sin inconveniente alguno tres lociones diarias: la irritacion cutánea producida por el remedio, casi nunca determina complicaciones, y la duracion media del tratamiento no pasa de ocho dias. Cazenave nos ha dicho haber empleado tambien esta medicacion, habiendo comprobado las mismas ventajas que nosotros.

»Despues de la eleccion del medicamento, se presentan otras consideraciones no menos importantes, relativas á la aplicacion y á la duracion del método curativo.

»Como las sustancias que destruyen los insectos son todas irritantes (á escepcion del aceite), es menester en lo posible limitar su accion al efecto mortífero, evitando que se ejerza sobre la piel, y venga á aumentar la irritacion cutánea producida ya por la presencia de los sarcoptas. Con este objeto, cualquiera que sea la medicacion que se elija, conviene no multiplicar demasiado las fricciones ó las lociones, no pasando nunca de tres en las veinticuatro horas, y limitándose á una ó dos por punto general. En los sugetos sanguíneos, sobre todo, y cuando la sarna es intensa, pustulosa, es decir, cuando se halla violentamente inflamada la piel, no debe aplicarse el medicamento mas que una vez al dia. Por lo comun son generales las fricciones ó lociones, y sin embargo, de los ensayos hechos por Emery en el hospital de San Luis (*Bull. gén. de therap.*; t. VIII, página 208) parece resultar, que se cura la sarna con igual prontitud y seguridad, aplicando solo el remedio en las partes donde se hallan habitualmente los acaros, es decir, en las manos y los pies. Con estas fricciones locales, dice Emery, desaparecen definitivamente todas las vesículas diseminadas en las demas partes del cuerpo. Si esta importante observacion se confirmase con ulteriores esperimentos, proporcionaria el resultado de simplificar el tratamiento de la sarna; de circunscribir su accion irritante á los puntos donde es indispensable; de evitar á menudo las complicaciones, y de probar manifiestamente que el acaro es la única causa de la sarna, si para algo se necesitase tal demostracion.

»En todos los casos es preciso recomendar espresamente á los enfermos que no se rasquen, ni se *froten* al aplicarse el medicamento. Esta última indicacion se desatiende con demasiada frecuencia, como lo prueba la palabra *friccion* usada por todos los autores, y que debiera remplazarse por la de *untura*. No debe hacerse mas que aplicar simplemente, estender sobre la piel las pomadas y ungüentos antipsóricos: se ha de *untar* ó *cubrir* las partes, pero sin *frotarlas*. Los medicamentos líquidos se aplicarán por medio de una esponja fina, pasándola con suavidad por todo el cuerpo.

»Siempre es útil prescribir todos los dias un baño simple, mientras dure el tratamiento antipsórico: los sugetos poco irritables pueden tomar, alternando con ellos, fumigaciones sulfurosas ó baños de igual naturaleza.

»La duracion del tratamiento no debe ser, ni muy corta, ni demasiado larga. Difícil es determinarla, y sin embargo, constituye uno de los puntos mas importantes de la terapéutica de la sarna.

»Cuando el tratamiento es demasiado corto, no quedan completamente destruidos los insectos; sus huevecillos dan orígen á nuevos sarcoptas, y no tarda en reproducirse el mal con toda su anterior intension. Asi se esplican en gran parte las numerosas recidivas que se observan en los enfermos de los hospitales, á quienes se da el alta á los pocos dias de tratamiento, para dejar camas donde recibir á los muchos que se agolpan á pedir entrada. Los médicos poco ejercitados en el tratamiento de las enfermedades cutáneas, ó los que se dedican á hacer ensayos terapéuticos, buscando ante todo la prontitud de la curacion y sacrificándole la seguridad, creen con harta frecuencia haber conseguido el triunfo en cuanto empiezan á secarse las vesículas, y comprometen de este modo la salud del enfermo y la ciencia que profesan.

»Cuando, por el contrario, es demasiado largo el tratamiento, el efecto irritante de los medicamentos, inútil ya puesto que ha producido cuanto de él se podia exigir, esto es, la destruccion completa de los sarcoptas, continúa ejerciéndose sobre la piel, y determina enfermedades consecutivas, tales como eczemas, impétigos, líquenes, etc. ¡Cuántas veces hemos visto á algunos médicos considerar como sarnas *rebeldes*, *inveteradas*, *constitucionales*, afecciones que ellos mismos habian producido con un tratamiento demasiado enérgico ó prolongado, y que agravaban sin cesar, puesto que

á medida que se hacia mas pronunciado el efecto, iban aumentando la intension de la causa!

»Debe variar, como hemos visto, la duracion del tratamiento, segun el medicamento que se use: en general no debe bajar de ocho dias; pero es imposible establecer una regla fija respecto de este punto. La antigüedad, la intension de la enfermedad y el mayor ó menor cuidado con que proceda el sugeto en la aplicacion del medicamento, ejercen una influencia conocida, y que difiere segun los individuos. Aun prescindiendo de todo esto, seria necesario, para poder determinar de un modo riguroso la duracion de cada una de las medicaciones antipsóricas, contar con datos esactos, que no tenemos, sobre el desarrollo de los huevos de los sarcoptas, la accion mortífera de cada medicamento, etc.

»Cuando la sarna es simple y se usa un tratamiento conveniente, casi no producen irritacion cutánea los sarcoptas ni los medicamentos; bastando para completar la curacion algunos baños frios, administrados despues de suspendida la medicacion antipsórica.

»*Sarna complicada.*—Cuando la inflamacion cutánea es muy aguda, sea en razon de circunstancias individuales, sea por el grado y antigüedad de la dolencia, ó cuando está complicada la sarna con eczema, impétigo, ectima ó furúnculos, debe procederse con mucha circunspeccion en el uso del tratamiento antipsórico. Antes de intentar la destruccion de los insectos, se ha de combatir la flegmasia cutánea, que de otro modo se agravaria con la accion de los medicamentos acaro-mortíferos, siendo este el caso en que mas importa recurrir al tratamiento preparatorio que dejamos indicado. La sangria y los purgantes son utilísimos, cuando consienten su uso el estado general del sugeto y el de sus vias digestivas. En todos los casos, mientras conserve la enfermedad sus caractéres inflamatorios, deben emplearse esclusivamente los baños simples ó de agua de salvado, las lociones con cocimiento de malvavisco, y los pediluvios y maniluvios con un agua grasienta. Hasta que hayan desaparecido dichos síntomas, no debe empezarse la aplicacion de los antipsóricos, y aun entonces no se ha de pasar de una untura ó locion en las veinticuatro horas. A pesar de estas precauciones, suele reproducirse la inflamacion cutánea bajo la influencia de los medicamentos, obligando á suspender por mas ó menos tiempo el método curativo.

»Cuando es muy intenso el prurito psórico, y existe gran número de pápulas, producen buenos efectos los baños alcalinos.

»*Sarna de los niños.*—Los baños sulfurosos y las unturas oleosas, son los únicos medios á que debe recurrirse en la sarna de los niños, en razon de la suma facilidad con que en esta época de la vida se irrita é inflama la piel.

»*Profilaxis.*—Toda la profilaxis de la sarna consiste en evitar el contacto de los sarnosos y de los objetos destinados á su uso. En los hospitales ocurren muchas recidivas, porque los enfermos vuelven á ponerse sus vestidos sin que se haya cuidado de purificarlos bien por medio de fumigaciones sulfurosas.

»Será prudente hacer uso de baños sulfurosos, siempre que haya precedido un contacto sospechoso, ó que se presenten algunas vesículas de apariencia psórica.

»El tratamiento de la sarna es sencillísimo, y sin embargo, casi siempre lo establecen mal los médicos que no han hecho un estudio particular de las enfermedades de la piel. Los pormenores en que hemos entrado no se encuentran en *parte alguna*, ni aun en los tratados especiales de dermatologia. Creemos que nuestros lectores verán en ellos una prueba mas de que nunca perdemos de vista la parte *práctica* de nuestra obra, ni dejamos de formular una terapéutica positiva, cuantas veces lo permite el estado de la ciencia.

»Naturaleza.—El estudio patogénico de la sarna ha pasado por diferentes fases, que procuraremos indicar en breves palabras (véase *Bibliografia*). Los antiguos, como Galeno, Silvio, y Van-Helmont, atribuian la sarna á la presencia de un humor melancólico, de un ácido corrosivo, de un fermento particular, y pasaron muchos siglos en que todos consideraban la sarna como procedente de una alteracion general de los humores. Emitiéronse despues varias aserciones contradictorias relativamente á la existencia de un insecto de la sarna (véase *Bibliografia*), hasta que en 1778 anunció Degeer positivamente, que esta enfermedad era debida al acarus scabiei, y muchos médicos se adhirieron á su opinion. Sin embargo, no tardó en negarse la existencia del sarcopta, volviendo á estar en boga las ideas antiguas. En 1805 espresaba Favareille-Placial la opinion comun, diciendo que la sarna procedia de una *acrimonia salina ó virulenta de los humores*, de *una debilidad de la accion de los vasos cutáneos*, de *la infeccion sifilítica* ó *escorbútica de los humores*, ó de una *degeneracion de la traspiracion*. En 1812 un tal Gales trató de rehabilitar el acarus scabiei, y bautizó con este nombre un animalillo que no fue reconocido por los entomologistas. Fiados en la palabra de Gales, Pinel, Frank, y otros muchos patólogos, proclamaron de nuevo que la sarna era debida á la presencia de un insecto. Sin embargo, deseosos Alibert y Biett de ver con sus propios ojos el problemático sarcopta, volvieron á emprender los esperimentos de Gales, conformándose escrupulosamente con los preceptos dados por él mismo; pero todo en vano! El sarcopta de la sarna habia desaparecido, sin anunciar siquiera, á imitacion del fénix, la época de su vuelta. Este hecho nunca visto, á no ser en la historia natural mitológica, puso en alarma á los naturalistas y los dermatólogos, y se procedió con empeño á buscar el insecto de Gales. Inútiles fueron todas las investigaciones, y no cesó el

asombro, hasta que demostró Raspail (*Annales des sciences d'observation*; 1829, t. II, p. 446), que en vez del acaro de la sarna del hombre, habia descrito Gales el del queso podrido ó de la harina recalentada (véase *Bibliografia*). Negóse por segunda vez la existencia de un insecto productor de la sarna, y en 1833 decian Cazenave y Schedel (*Abregé prat. des mal. de la peau*; 2.ª edic.) con asentimiento de todos los observadores: «En cuanto á la causa próxima de la sarna, es enteramente desconocida. Se la ha atribuido á la presencia de un insecto; pero nos creemos autorizados para decir que no existe el acarus scabiei.» Ultimamente, en 1834, estableció Renucci de un modo positivo la existencia de este insecto, y en el dia ya no es posible dudar. *La sarna es una inflamacion cutánea de causa esterna, producida por la presencia en el cuerpo del hombre, de un insecto especial llamado acarus scabiei hominis.* Solamente los homeópatas pueden asignar todavia á la sarna una causa próxima interna y general, con el objeto de conservar al *vicio psórico* la importancia patogénica que le habian atribuido.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Plenck, Willan y Bateman, colocan la sarna entre las afecciones pustulosas (2.ª clase de Plenck, órden 5.º de Willan); Biett, por el contrario, la incluye entre las enfermedades vesiculosas (órden 3.º); Alibert ha reunido la sarna al prurigo en el grupo de las dermatosis escabiosas (grupo IX). No tenemos necesidad de decir, que en la actualidad debe colocarse la sarna entre las afecciones cutáneas producidas por la presencia de un insecto en el cuerpo del hombre.» Por su forma pertenece á las afecciones vesiculosas, entre las cuales la describimos nosotros, siguiendo el ejemplo de los principales dermatólogos.

»Historia y bibliografia.—Era la sarna conocida por los antiguos? Esta cuestion, como todas las que se refieren á la historia de las enfermedades de la piel, ha suscitado animadas controversias. Willan, Biett (*Dict. de méd.*, art. sarna) y Rayer (ob. cit.), han tratado de demostrar que las palabras ψωρα de los griegos, y *scabies* de los latinos, no podian aplicarse á la sarna, y que habian servido para designar impétigos, líquenes, afecciones escamosas, etc. Háse dicho que ningun autor antiguo hace mérito de la propagacion de la sarna por contagio, es decir, del carácter mas importante y esencial de la enfermedad, y que hubiera debido llamar con preferencia la atencion de los observadores. Los griegos hablan de ulceraciones, que nunca existen en la sarna, y la descripcion que da Celso de una enfermedad que se cura espontáneamente, y se reproduce en ciertas épocas del año, debe aplicarse al liquen. Segun Rayer, Guido de Chauliac fue el primer autor que conoció bien la sarna.

»Dezeimeris (Bibliografia del art. sarna del *Dict. de méd.*) ha combatido las proposiciones que preceden, tratando de probar con numerosas citas, que era la sarna lo que designaban las palabras ψωρα y *scabies*. El atento estudio de los autores griegos, dice Dezeimeris, enseña que el ψωρα era una enfermedad de la piel diferente del liquen; una enfermedad contagiosa hija del desaseo; una enfermedad esencialmente pruriginosa, y contra la cual tenia el azufre una propiedad curativa particular. ¿Quién en vista de tales caractéres no reconoce la sarna?

»En seguida trata Dezeimeris de demostrar con citas de Horacio, de Prudencio, de Quinto Curcio, de Plinio, y de otros muchos autores, que la scabies de los latinos, y en particular de Celso, ofrece asimismo todos los caractéres de la sarna. Ultimamente, asegura que los árabes conocieron tambien esta enfermedad. El descubrimiento, dice, y la propagacion de los medios de tratamiento que curan el mal en algunos dias, han modificado de tal modo su curso considerado en general, que no pueden reconocerse en el dia las descripciones hechas antiguamente. Pero el que se tome el trabajo de leer cien autores que hayan trazado la historia de la sarna, tal como se la observaba en ciertos paises en que la miseria y la suciedad la convertian en una especie de enfermedad endémica, tal como se presentaba en la época en que se la abandonaba á sí misma, ó se la combatia únicamente con tratamientos incapaces de destruirla en su principio; es seguro que entre estos cien autores encontrará ochenta, que hablen de esas alternativas de remision y exacerbacion segun las estaciones, que refiere Celso en el pasage que se alega para sostener que no se aplica á la sarna la descripcion de este autor.

»De todos modos, añade Dezeimeris, todos convienen en que la sarna se encuentra en Guido de Chauliac; pues bien, el capítulo de este médico está literalmente tomado de Avicena, Haly-Abbas y Rasis, que como el médico griego de la edad media, reprodujeron constantemente las opiniones de sus predecesores griegos.

»No entraremos aqui en una discusion inútil para la práctica, y que no puede conducir á un resultado positivo. Efectivamente, ¿cómo se ha de asignar una significacion precisa á las descripciones de los antiguos, cuando vemos que aun los autores que han escrito á principios de este siglo, que el mismo Willan, aplican todavia la palabra *sarna* á enfermedades cutáneas muy diferentes entre sí? Creemos de buen grado que los antiguos conocerian la sarna, que los pasages citados por Dezeimeris indican claramente tal enfermedad; pero opinamos tambien, que debian nuestros mayores cometer frecuentes errores de diagnóstico, y que no podian describir la sarna con esactitud, puesto que toda la patologia cutánea se hallaba en un caos del que apenas ha salido en nuestros dias (véase *Enfermedades de la piel en general*). En nuestro concepto, el estudio *positivo* de la sar-

na no data mas allá de Franck y de Biett, á quien pertenece el honor de haber definido bien la enfermedad, estableciendo sus verdaderos caractéres, y reduciendo á su justo valor las variedades admitidas por sus antecesores y sus contemporáneos.

»Sea de esto lo que quiera, vamos á bosquejar la historia de la sarna uniéndola la del acarus.

»Se ha querido encontrar en ciertos pasages de Avenzoar y de Escaligero la descripcion del insecto de la sarna; pero no se puede afirmar cosa alguna respecto de este punto, y aun creemos que no debe admitirse semejante interpretacion. Avenzoar no establece relacion alguna entre el insecto que menciona y la sarna, describiendo esta enfermedad en un capítulo aparte, donde nada dice del acaro. Escaligero (1557) habla de un *insecto*, *que se anida debajo del epidermis, abrasándole con los surcos que hace en él*; pero añade que *este insecto se pega á la barba*, *á las axilas y á las ingles*.

»En 1634 fue cuando por primera vez se mencionó positivamente el insecto de la sarna. T. Mouffet dijo, que existian debajo del epidermis de los sarnosos, unos animalillos que se hacian galerias, y cuya presencia ocasionaba un prurito muy incómodo, indicando con precision los parages en que se encuentran: «Ita sub cute habitat syro, ut actis cuniculis corpori, præcipue manibus, ingeneret.... hoc obiter observandum, syrones non in ipsis pustulis, sed prope habitare.» Distingue estos insectos de los piojos. «Neque syrones isti sunt de pediculorum genere, nam illi extra cutem vivunt, hi vero, non» (T. Mouffet, *Insectorum sive minimorum animalium theatrum*; Lónd., 1634). Obsérvese, sin embargo, que Mouffet no se atribuye el descubrimiento del ciron; antes dice á sus lectores, que este animalillo era conocido de los alemanes con el nombre de *seure*.

»En 1657 dió Hauptmann una grosera figura del acaro, advirtiendo que tenia alguna semejanza con el acaro del queso.

»Mas parece que en 1660 estaba ya olvidado el papel patológico que Mouffet habia señalado al acaro, porque Haffenræffer no considera ya el insecto sino como *una especie de piojo*, que nace en los intervalos de los dedos de los pies y manos (*Nosodochium cutis affectus*; Ulma, 1660).

»En 1682 vió la luz pública una nueva figura del acaro (*Acta eruditorum*, año 1682; p. 317, lám. XVII, fig. EEE). «Esta figura, dice Raspail, es menos incorrecta que informe, siendo fácil convencerse de que contiene todos los pormenores, aunque su forma es sumamente defectuosa: es un bosquejo ó mas bien una caricatura del insecto de la sarna. Pero en aquellos tiempos no se pintaban mejor los seres microscópicos: ya era mucho haber contado los principales pelos; y en este caso se encuentran todos esactamente, si se incluyen las patas entre los grandes.»

»Apropiándose Bonomi (*Osservazioni in torno á pellicoli del corpo umano*; Florencia, 1687) los esperimentos de Cinelli y de Cestoni, describió en 1687 el acaro de la sarna, y le representó en una figura bastante buena. Este autor y Cestoni, establecen que el acaro es el artesano de la sarna, y que la propaga pasando directa ó indirectamente de un sarnoso á un individuo sano. Afirman haber visto cirones en estado libre. «Es muy difícil, añaden, percibir estos insectos en la superficie del cuerpo, en razon de su estraordinaria pequeñez y de su color parecido al de la piel; pero sin embargo, nosotros los hemos visto andar muchas veces, sobre todo en las articulaciones, los pliegues y arruguitas de los tegumentos.» Dicen que las pústulas acuosas (vesículas) de la sarna proceden de la mordedura de los insectos, pudiendo causar muchas un solo acaro. Ultimamente, Bonomi declara que el acaro de la sarna se encuentra *en las vesículas*; pero adviértase que semejante aserto, que está en contradiccion con la opinion actual, lo emite solo Bonomi, quien se habia apropiado esperimentos que no le pertenecian, y acaso sin repetirlos. Nótese tambien que la figura publicada por Bonomi, representa el insecto de la sarna tal como le conocemos en el dia.

»Por entonces admitieron todos los naturalistas la existencia del acarus scabiei, contándose entre ellos Geoffroy (*Histoire des insectes*; 1762), Linneo (*Diss. exanthemata viva*; Upsal, 1757), Pallas, etc.

»Verdad es que Linneo cometió un error grosero, atribuyendo á un mismo insecto las figuras dadas por Bonomi del acaro de la sarna y del de el queso, y considerando asi á estos dos animalillos como variedades de una misma especie; pero Pallas restableció la verdad, y en 1778 hizo Degeer imposible todo error.

»En efecto, habiendo observado Degeer por sí mismo el acaro de la sarna, le describió con muchísima esactitud; indicó los caractéres que le distinguen del acaro del queso, y publicó figuras de estos dos insectos, que por su correccion pueden rivalizar todavia con las mejores (*Mémoires pour servir á l'histoire des insectes*; Estocolmo, 1786).

»En 1786 publicó Wichmann (*Ætiologie der krætze*; Hanover, 1786) un escrito especial sobre el acaro considerado como causa de la sarna, y estableció la historia de esta enfermedad sobre las bases que hemos adoptado en nuestro artículo.

»Sin embargo, dice Dezeimeris, estas publicaciones casi no tuvieron influencia alguna en la patologia de la sarna. Solamente se ocupaban de este asunto los naturalistas, y á pesar de sus investigaciones, se continuaba mirando la sarna como una enfermedad de causa interna, como una erupcion frecuentemente crítica que no siempre era prudente combatir, como un vicio en ocasiones muy profundo y casi imposible de desarraigar.

»En efecto, ni Lorry (*Tractatus de morbis cutaneis*; 1777), ni Plenk (*Doctrina de morbis cutaneis*; 1783), ni Jackson (*Dermato-pathologia*; 1792), ni Willan (*Description and treatment of cutaneus diseases*; 1805), ni Alibert (*Precis theorique et pratique des maladies de la peau*; 1810), tuvieron en cuenta los escritos en que se tratára del acaro, y ya hemos dicho que Favarcille-Placial habia espresado la opinion general de su época, atribuyendo la sarna á una alteracion de los humores.

»En 1812 se verificó una gran revolucion en la patologia de la sarna, siendo lo mas singular, que lo que no habian podido conseguir los concienzudos trabajos de Degeer y de Wichmann, lo lograra una especie de burla, cuya historia vamos á transcribir en pocas palabras, reservándonos volver á ocuparnos de ella mas adelante.

»Un tal Gales, farmacéutico del hospital de San Luis, anunció al mundo médico en 1812, «que la existencia de un insecto de la sarna, problemática hasta entonces y apoyada en escasas pruebas, habia venido á ser un hecho tanto mas incontestable, cuanto que en cualquier momento podia comprobarse fácilmente.» Para justificar este aserto, convocó Gales al hospital de San Luis gran número de médicos, entre los cuales se contaban Leroux, Dubois, Bosc, Olivier, Latreille, Deyeux, Alibert, Dumeril, Claquet, etc., sábios á quienes Gales *se complacia en ver confundidos con simples curiosos*.

»Ante esta respetable asamblea hizo Gales venir varios sarnosos, y abriendo las vesículas psóricas sacó de ellas, ó figuró sacar, un animalillo que colocó en el microscopio y presentó como el acaro de la sarna, aceptándole por tal los espectadores. Armado con este testimonio y con la sancion de la Academia y del Instituto, procedió Gales á consignar los resultados de sus observaciones en una tésis inaugural, que sostuvo delante de los profesores Dubois, Percy, Pinel, Richard, Sue y Thillaye.

»En esta memoria (*Essai sur le diagnostic de la gale, sur ses causes*, etc.; tésis de París, 1812, núm. 15!) empezó Gales por recordar completa y esactísimamente, salvas algunas omisiones calculadas de que luego hablaremos, todos los escritos en que se habia tratado del acaro de la sarna. Reprodujo estensamente todas las descripciones de Bonomi y de Cestoni (p. 12); indicó el *error* en que habia caido Linneo; manifestó que ya le habian *corregido* todos los entomologistas (p. 16), y terminó su parte histórica, declarando que las descripciones y las *figuras* de Degeer eran las mas perfectas que se habian publicado (p. 17).

»Pasando en seguida á sus propios esperimentos, á los que solo dedica tres páginas, establece Gales, que habia sacado de los sarnosos mas de trescientos cirones, y que estos insectos existian habitualmente en las vesículas mas pequeñas y mas diáfanas, y algunas veces tambien en las pústulas y aun en las costras sarnosas, con tal que debajo de ellas hubiese todavia humedad.

»No dió Gales descripcion entomológico-técnica del ciron humano, tal como él le habia observado, diciendo que era fácil formarse una idea de sus caractéres por la figura adjunta á su disertacion.

»*Mas es el caso que la figura adjunta á la disertacion de Gales representa esactamente el acaro del queso, tal como le habia dibujado Degeer*!

»Aqui resalta á la vista de todos la mas grosera contradiccion. ¿Cómo es que Gales pondera la esactitud de las figuras de Degeer, y sin embargo, para pintar el acaro de la sarna del hombre, reproduce la figura del acaro del queso trazada por el mismo Degeer, para que no se confundiesen estos dos insectos? Segun esto, cualquiera diria que Gales seguia la opinion de Linneo, y que iba á demostrar que el error de este naturalista no era tal error, y que las esactas figuras de Gales no eran esactas.

»Hé aquí cómo concilia Gales su testo y su lámina; hé aquí la esplicacion con que se han satisfecho durante veinte años los hombres mas eminentes de la ciencia!

«No puedo menos de confesar, dice Gales (loc. cit., p. 23-24), que la figura que doy es muy diferente de la de Cestoni, Ettmuller, Degeer y otros; pero deduciremos de aqui que no existen realmente los aradores de la sarna descritos por otros observadores? *No me atreveria á afirmarlo*. Mas bien me *inclino á creer* que pueden encontrarse muchas especies de este insecto, y muéveme sobre todo á pensar de este modo la autoridad de Degeer, á cuya observacion no puede menos de darse crédito; hasta *me parece* haber encontrado dos veces su arador, pero muerto y tan desfigurado, que no podia prestarse á un examen suficiente.

»En otro punto tambien estoy en desacuerdo con este naturalista. Entre las descripciones acompañadas de figuras que ha publicado, la del ciron de la harina se refiere tan esactamente al insecto que he encontrado en la sarna, que me seria imposible describirle de otra manera; lo cual *en cierto modo absuelve á Linneo* de la acusacion que se le hace de haber considerado estos dos aradores como variedades uno de otro. Me he visto, pues, precisado á examinar si el arador de la harina es realmente el mismo que he encontrado en las pústulas de la sarna; y *aunque observándolos comparativamente con el microscopio, no he podido variar la idea que me habia inspirado la observacion de Degeer, la analogia rechazaba al parecer su semejanza*; de modo que solo la esperiencia podia aclarar este punto. Por lo tanto, tomé cirones de la harina, los coloqué en mi brazo debajo de un vidrio de reloj, y los dejé asi una noche; pero ninguno de ellos penetró debajo de mi piel, ni la mordió, ni aun varió su aspecto. *No sucedió lo mismo con los acaros de la sarna.*»

»Abandonamos esta esplicacion al que pueda comprenderla, confesando que para nosotros es ininteligible. La influencia que ejerció la tésis de Gales, y las aserciones que en 1834 han emitido algunos sugetos, cuya opinion tiene demasiado peso para dejar de ser discutida, nos obligan á continuar un momento ocupándonos de dicho autor, aunque á la verdad lo sentimos por nosotros, por nuestros lectores, y sobre todo por el mismo Gales.

»La tésis de Gales hizo mucho ruido y cambió la faz de la patologia psórica. Los mas recomendables autores adoptaron las aserciones de este profesor sin comprobarlas, y hasta sin ponerlas en parangon con las de Degeer, de Wichmann y demas observadores que hemos enumerado. Ni les chocaron las contradicciones, la obscuridad, la vergonzosa y mal disimulada confusion, que caracterizan este escrito. Pinel (*Nosog. philosophique*; París, 1818, t. II, p. 162-175) transcribió en gran parte la obra de Gales, y otro tanto hizo Fournier en el *Diccionario de ciencias médicas* (art. SARNA), reproduciendo hasta las figuras, que adoptaron igualmente Latreille y Lamarck. Declaróse que era la sarna una enfermedad local, producida por la presencia del acaro. J. Frank sostuvo enérgicamente esta opinion y, lo que es mas curioso, despues de recomendar que no se confunda el acarus scabiei con el del queso, colocó sin escrúpulo y sin reflexion alguna á Gales al lado de Cestoni y de Wichmann (*Patologie interne*, edic. de la *Encyclop. des sc. méd.*; tomo II, p. 274).

»El triunfo de Gales se prolongó hasta 1819; en cuya época empezó á perturbarle Biett, declarando haber repetido inútilmente los esperimentos indicados por dicho autor,

»En 1820 manifestó Mouronval que no habia sido mas afortunado; é igual suerte corrieron Rayer y Asselin, Galeotti y Chiarugi en Florencia. Últimamente Lugol, médico del hospital de San Luis, hizo anunciar en la *Lançette française*, que daria veinte doblones á la persona que le enseñase el arador de los sarnosos.

»En 1829 intervino Raspail en la cuestion, y con su sagacidad habitual no tardó en descubrir el verdadero estado de las cosas.

»Habiendo examinado cuidadosamente con el miscroscopio el producto de unas doscientas vesículas psóricas sin haber encontrado un solo animalillo, y habiendo comparado las figuras de Gales con las de los autores antiguos, se convenció Raspail «de que Gales habia engañado á los profesores mas sábios de la capital, como nunca se habia engañado á sábio alguno, y que en vez del acaro de la sarna del hombre, habia tenido la habilidad de enseñarles el acaro del queso.»

«No se me hubiera creido, dice Raspail, si en un escrito *ex-profeso* hubiera revelado de pronto tan solemne chasco. Nadie ciertamente hubiera consentido en admitir, que nuestras celebridades entomológicas se habian dejado coger en las frágiles redes de un principiante. Por lo tanto, para que se creyese en la burla de 1812, me ocurrio la idea de reproducirla en 1829.»

»Hé aquí cómo ejecutó Raspail su proyecto. Hizo anunciar á Lugol, que se habia encontrado el acaro de la sarna, y que el profesor Meynier lo demostraria públicamente; y en efecto se hicieron los esperimentos á presencia de un numeroso concurso, contándose entre los asistentes J. Cloquet, que habia asistido igualmente á las demostraciones de Gales.

«Pusimos, dice Raspail, en el porta-objeto del microscopio, el cristal que contenia el líquido psórico; estendió Meynier la serosidad con el dedo, y mirando los asistentes con el microscopio, esclamaron que al fin tenian allí el insecto de la sarna, tan bien pintado por Gales. Una vez producido el efecto, nos apresuramos á perder los veinte doblones antes de tocarlos, declarando que el tal insecto no era sino el acaro del queso, que sin advertirlo los asistentes habia colocado Meynier en el porta-objeto, al agitar el líquido con la uña» (*Bull. gén. de therap.*; t. VII, p. 171-173).

»Despues de estos esperimentos publicó Raspail una memoria (*Annales des sc. d'observation*; 1829, t. II, p. 446), manifestando que Gales no habia visto ni enseñado el insecto de la sarna. Sin embargo, añadia, no se diga por eso que no existe. Á pesar de la pasada burla, aun deberá encontrarse este insecto con las formas principales de la figura de Degeer.

»La memoria de Raspail puso en alarma las autoridades comprometidas. Patrix, que habia ayudado á Gales en sus esperimentos, viendo y dibujando su acaro, prometió demostrar este insecto; pero no pudo cumplir su palabra en una sesion solemne que se verificó en Hôtel-Dieu bajo la presidencia de Dupuitren.

«Desde entonces, continúa diciendo Raspail, la opinion que formó el público docto de las investigaciones de Gales y de Patrix, le hizo en general injusto para con los observadores antiguos; se negó todo, porque acerca de un punto se habia recibido un desengaño; y porque Gales habia enseñado el insecto del queso ó de la harina, se dedujo que no existia el acaro de la sarna.»

»En efecto, se hizo general la incredulidad. No solamente rechazaron los médicos y los dermatólogos la existencia de un insecto de la sarna; sino que los mismos naturalistas dejaron de admitirla, y Latreille suprimió el género *sarcopta*, establecido para clasificar el insecto de Gales.

»En 1831 halló Raspail en unas materias procedentes de la sarna de un caballo ciertos animalillos, que no tenian la mejor semejanza con las figuras de Gales, y que por el contrario, se parecian mucho en su forma general á la figura de Degeer. Este descubrimiento confirmó mas y mas á Raspail en la opinion de que al fin volveria á encontrarse el acaro de la sar-

na del hombre (*Lançette française*; núm. 13, agosto, 1831).

»Renucci, natural de Córcega, donde es una ocupacion popular la estraccion del insecto de la sarna, realizó en 1834 las previsiones de Raspail. Habiendo ido á París á continuar sus estudios médicos, oyó con asombro en las conferencias clínicas de Alibert en el hospital de San Luis, que los sábios de la capital negaban la existencia del acaro; examinó algunos de los enfermos que estaban en el hospital, y se convenció por los procedimientos usados en su pais, de que el arador se encontraba lo mismo en París que en Córcega. Anunció, pues, que demostraria la existencia del insecto en términos de convencer á los mas incrédulos; y efectivamente el 13 de agosto de 1834 enseñó dos sarcoptas en la consulta de Alibert, y el 20 presentó cuatro, haciendo Gerdy, menor, la estraccion de uno de ellos por sí mismo.

»Los esperimentos de Renucci se acogieron en el mismo hospital de San Luis con escesiva desconfianza: temíase un nuevo chasco. Para salir de dudas, invitó Emery á Renucci á hacer ensayos en los sarnosos de sus salas, á presencia de muchas personas, entre las cuales se encontraban Alibert, Biett, Lugol y Raspail. Efectuóse la sesion el 25 de agosto, y se empezó colocando en el microscopio un acaro muerto que se habia estraido el dia anterior. Al punto declaró Raspail, que solamente la sarna podia haber producido este insecto, que ofrecia los principales caractéres genéricos del arador de la sarna del caballo, y que se acercaba cuanto podia desearse á la figura de Degeer. Estrajo entonces Renucci un acaro de un sarnoso de las salas de Emery, y muy luego sacaron otros muchos este último profesor, Gras y Raspail. Poco tiempo despues habian ya descubierto centenares de acaros muchas y diferentes personas, y la existencia de un insecto de la sarna del hombre era un hecho definitivamente asentado en la ciencia.

»Los resultados obtenidos por Renucci provocaron en la Academia de medicina de París una discusion, en la que necesariamente hubo de salir Gales á cuento, y en la que se pronunciaron aserciones que nos resta discutir.

»El descubrimiento definitivo del *verdadero* acaro de la sarna del hombre parecia demostrar sin género de duda, que Gales habia engañado á sabiendas al mundo médico presentándole el arador del queso por el de la sarna. Sin embargo, algunos de los sábios que habian sido víctimas de la burla de Gales, intentaron hacer valer en favor de este una justificacion, que pudiera de paso satisfacer su amor propio, y al efecto presentaron dos esplicaciones.

»Dumeril sostuvo que Gales habia estraido el verdadero acaro, el que habia demostrado Renucci; pero que por un descuido del dibujante era defectuosa la figura (sesiones de la Academia real de medicina, 16 y 30 setiembre, 1834). Seguidamente vino Moreau, *á nombre de Gales*, apoyando esta interpretacion: «Resta, dijo, esplicar el error del grabado. He hablado de esto con el señor Gales, y voy á reproducir sus palabras: El dia que vinieron á San Luis á comprobar los esperimentos los señores Bosc, Olivier y Latreille, comisionados del Instituto, se estrajo el acaro delante de ellos; se le colocó en el microscopio, y despues de haberle examinado escrupulosamente, dijeron: es un animalillo del género de los aradores, veamos hasta qué punto se parece al arador de la harina recalentada ó del queso. Sin levantar la sesion se trajo queso y harina; se compararon los tres animalillos y *se reconocieron sus diferencias*; hecho lo cual dijo el señor Bosc: está bien; dejémoslo asi al señor Meunier (el dibujante). *Parece probable* que este tomase un cristal por otro, incurriendo asi en un error involuntario, *del que naturalmente participó el señor Gales*» (sesion de la Academia, 3 octubre, 1834).

»Si solo se tratase aqui de probar la buena ó mala fé de Gales, nos abstendriamos de toda discusion; pero como luego veremos, importa *para la ciencia* demostrar la imposibilidad de semejante esplicacion.

»Esta demostracion es muy fácil. Efectivamente, aunque algunos naturalistas hayan podido, á pesar de su eminente mérito, no conocer las láminas antiguas que representan el acaro, admitir sin examen las de Gales y reproducirlas confiadamente; ¿quién ha de creer que este, que habia examinado con el microscópio mas de trescientos sarcoptas (tés. cit., p. 21), hubiera dejado de conocer á la primera ojeada que se habia equivocado su dibujante, y que la figura grabada no era la del insecto que tantas veces habia visto? Lejos de eso Gales supone su figura tan sumamente esacta, que se cree dispensado de dar una descripcion entomológico-técnica del acaro. «Puedo, dice, responder de la esacta semejanza de esta figura con el objeto» (tés. cit., p. 23). Pero hay mas: si bien se concibe esta esplicacion en boca de Dumeril y de Moreau, *suponiendo que no hubiesen leido la tésis de Gales*; no se comprende que haya tenido este la osadia de inspirarla, cuando, como hemos dicho, confiesa en su tésis que su figura no se parece en manera alguna á la de Degeer, al paso que por el contrario representa esactamente el arador de la harina, etc.; haciendo con este motivo el luminoso comentario, y tomando para conciliarse con dicho autor, el generoso partido de que ya tienen noticia nuestros lectores (tés. cit., p. 23-24).

»La segunda esplicacion propuesta á la Academia de medicina por H. Cloquet, sin ser mas admisible, es mas especiosa. Hay, dice este profesor, dos especies de animalillos psóricos, y uno de ellos, diferente del acaro, habita las vesículas; por manera que son esactas las figuras de Gales; solo que en vez de representar el arador de Renucci, que habita en

los surcos, representan el arador de las vesículas, que es donde precisamente encontró Gales sus insectos (sesion de la Academia, 16 y 30 setiembre, 1834).

»Pero desde Gales acá ningun observador ha podido descubrir acaro alguno en las vesículas, á pesar de las numerosas y atentas observaciones que se han hecho con este objeto. Cierto es que al apropiarse Bonomi las observaciones de Cestoni, declaró que el insecto residia en las vesículas; *pero la figura que publicó es parecida á la Degeer*. Admitiendo la existencia de dos animalillos psóricos, y suponiendo que Gales encontrara solo el que reside en las vesículas, vendriamos á parar, escluida ya la idea de un error del dibujante, *en que el arador del queso era el que habitaba en las vejiguillas de la sarna!*

»Ademas hay otros argumentos no menos perentorios, que prueban hasta la evidencia que *solo existe el animalillo psórico que hemos descrito*, y que Gales ha cometido una escandalosa superchería.

»En su parte histórica, tan completa en todo lo demas, suprime Gales el pasage en que establece Mouffet, que *los aradores no se encuentran en las vesículas, sino á su lado* (tés. cit., p. 10-11).

»Gales reproduce *estensamente* la descripcion del plagiario Bonomi, sin hacer una sola reflexion respecto del sitio que este autor, poniéndose en contradiccion con Mouffet, designa al acaro de la sarna (tés. cit., p. 12-14).

»Tampoco da pormenores sobre el modo de estraer el insecto, el parage esacto en que se encuentra; ni se ocupa un solo instante de las costumbres, de los hábitos, de la historia natural de ese acaro, cuya existencia tan controvertida acababa de demostrar. Ni siquiera le describe! Verdad es que todo lo suple la esactitud de la figura!

»Y luego, cuando se trata de esplicar cómo es que esta figura tan parecida representa el arador del queso, no hace mas que ensartar unas cuantas frases sin sentido.

»Ultimamente, hay un hecho que vale tanto él solo como todas las pruebas imaginables.

»En 1819, personas de respeto y de eminente saber buscan en vano el acaro y acaban por poner en duda su existencia, y por consiguiente la veracidad y la buena fé de Gales. En 1829 declara Raspail positivamente, que dicho profesor habia engañado á los sábios *que le gustaba ver confundidos con simples curiosos*. En 1834 se dirigen públicamente en todas partes y por todos los médicos, acusaciones vergonzosas contra Gales. Y entretanto, qué hace este para rechazar la calumnia? Se encierra quince años en un magestuoso silencio, y al cabo de este tiempo, cuando hubiera bastado para rehabilitarle la estraccion de un insecto mas, se contenta con dar á Moreau una esplicacion, que se halla desmentida por sus propios escritos.

»Baste ya con lo dicho. En esta parte de nuestro artículo solo nos hemos ocupado de puntos directamente enlazados con el estudio práctico de la sarna, dejando al lector que saque por sí las grandes y útiles enseñanzas que puede suministrar al médico y al filósofo la historia del acaro.

»Solo nos falta recordar algunas indicaciones bibliográficas. Raspail (*Mém. comparatif sur l'histoire naturelle de l'insecte de la gale*, en *Bull. gén. de thérap.*; t. VII), Gras (*Recherches sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme*; París, 1834), y Aubé (*Considerat. gén. sur la gale et sur l'insecte qui la produit*; tés. de París, 1836, núm. 60), han estudiado especialmente la historia natural del acaro, y el papel que desempeña en el desarrollo de los síntomas psóricos. Preciso es confesar que la historia de la sarna no se halla bien trazada en las obras de dermatologia, ni aun en las mas modernas. La tésis de Mouronval (*Rech. et observ. sur la gale*; París, 1821), y el artículo de Biett (*Dict. de méd.*), merecen especial mencion. El artículo de Fournier (*Dict. des sc. méd.*) contiene una enumeracion completísima de los varios agentes terapéuticos que se han opuesto á la sarna. Entre los autores que se han ocupado particularmente de la terapéutica de la afeccion psórica, mencionaremos á Burdin (*Méthode du docteur Helmerick pour guerir la gale*; París, 1822), Melier (*Experiences comparat. sur le traitement de la gale*, en *Bull. des sc. méd.*; julio, 1825), y Florent-Cunier (*Du traitement de la gale dans les hôpitaux militaires de la Belgique*, en *Bull. gén. de therap.*, t. XVI, página 138).

»Hemos hecho todo lo posible en este artículo, para poner la historia de la sarna al nivel del estado actual de la ciencia; teniendo en cuenta las modificaciones que deben inducir en las ideas generalmente admitidas sobre las causas, terminaciones, naturaleza y tratamiento de la afeccion psórica, las investigaciones que desde 1834 se han hecho sobre el acaro. Bajo este punto de vista no dudamos decir que nuestro artículo es enteramente original. Hemos consagrado un ancho espacio á consideraciones terapéuticas, que aunque muy importantes, no se hallan consignadas en los libros. Ultimamente, por interés de la ciencia y de la verdad, hemos creido deber entrar en pormenores circunstanciados respecto de las aserciones de Gales y de las discusiones académicas á que dieron lugar, para formular un juicio motivado y justo, aunque severo» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, tomo V, página 241-265).

FIN DEL TOMO XIII, Y VII DE LA PATOLOGIA INTERNA.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

FIN DEL INDICE.





